



A QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Cláudia Marlene Mesquita Gonçalves

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientadora: Professora Doutora Maria Gorete de Jesus Baptista

Bragança, 2015

Esta investigação teve participação em alguns eventos, nomeadamente:

- Apresentação sob a forma de poster com o trabalho, “A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO”, no I Encontro sobre o Envelhecimento no Século XXI a 03 de Março - Instituto Piaget – Campus Académico de Vila Nova de Gaia (Gulpilhares).

- Apresentação sob a forma de poster com o trabalho “LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS: ¿QUÉ CALIDAD DE VIDA?”, no II Encuentro de Investigadores-Investigación y Envejecimiento: “respuestas para dar calidad a la vida”, celebrado en la Fundación General de la Universidad de Salamanca el 10 de marzo.

RESUMO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade, mas é também um dos maiores desafios deste século. É fundamental referir que não se envelhece do mesmo modo em função do género, da cultura ou até região ou país onde se vive. O envelhecimento não é entendido, nem vivido por parte das pessoas seniores da mesma maneira, existindo um grande número de fatores que influenciam o processo de envelhecimento. As debilidades daí decorrentes causam fragilidades que levam à necessidade de um apoio/acompanhamento de proximidade permanente. Assim sendo, existem instituições, entre as quais os Lares e as Unidades de Cuidados Continuados que visam dar resposta às necessidades dos cidadãos dependentes, potenciando-lhe uma melhor qualidade de vida.

A presente investigação foi desenvolvida nas duas tipologias de instituições referidas anteriormente, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas, tendo em conta os domínios, físico, psicológico, social e ambiental e ainda comparar os resultados nas duas instituições. Foi realizado um estudo descritivo-exploratório de metodologia quantitativa e de carácter transversal, em 71 idosos que obedeciam aos critérios de inclusão. Foi utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário WHOQOL-bref validado pela Organização Mundial de Saúde, e adaptado por Vaz Serra, Canavarro e outros colaboradores em 2006, aplicado entre o mês de Agosto e Setembro de 2014. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS, versão 20.00.

Os resultados obtidos evidenciaram que a qualidade de vida e a satisfação percecionada pelos idosos é em termos médios moderada. No entanto, nos subdomínios Social e Meio Ambiente constata-se uma satisfação boa, existindo até indivíduos totalmente satisfeitos nestas áreas. Verificamos que, no geral, os menos satisfeitos são os idosos residentes na UCC e os idosos do Lar revelam a maior satisfação no domínio geral da qualidade de vida.

É indispensável que todas as equipas multidisciplinares que exercem funções nas instituições estejam atentas às necessidades dos idosos em prol da melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras - chave: envelhecimento, institucionalização, qualidade de vida

ABSTRACT

The population aging is one of the greatest triumphs of humanity, but is also one of the biggest challenges of this century. It is essential to note that not age the same way in terms of gender, culture or even the region or country where you live. The aging process is not understood, or experienced by the senior people in the same way; there are a large number of factors that influence the aging process. The debilities of aging process causes weaknesses that leads to the need for a support/monitoring of permanent proximity. So being, institutions appear, between which the Homes and the Unities of Continued Cares that aim to give answer to the necessities of the dependent citizens, potentiating him, a better life quality.

The present investigation was developed in two typology of above-mentioned institutions previously, with the objective to value the quality of life of the institutionalized old persons, taking into account the powers, physically, psychologically, social and environmental and still to compare the results in two institutions. A study was carried and a descriptive-exploratory of quantitative methodology, of cross character in 71 old that were obeying the inclusion criteria. There was used like instrument of gathering of data the questionnaire WHOQOL-Bref validated by the World-wide Organization of Health, and adapted by Vaz Serra, Canavarro and other collaborators in 2006, applied between the August and September of 2014. For the statistical analysis it was used the SPSS software, version 20.00.

The obtained results showed up that the quality of life and the satisfaction percecionada for the old ones is in middle terms moderated. However, in the subpowers Social and Environment notes a good satisfaction, when there are even individuals totally satisfied in these areas. We check that, in the general one, the least satisfied are the old residents in the UCC and the old ones of the Home reveal the biggest satisfaction in the general power of the quality of life.

It is essential that the whole multidisciplinary team who performs functions in the institutions they are attentive to the necessities of the old ones and rules to give best his on behalf of his life quality.

Key-words: aging, institutionalization, life quality

AGRADECIMENTOS

O terminar de uma tese de mestrado é um momento muito importante e de felicidade que quero partilhar com todos os que me apoiaram nos bons e maus momentos.

À Orientadora, Professora Doutora Gorete Baptista, pela orientação, pelo interesse, empenho e disponibilidade. Pelo permanente estímulo ao trabalho, pela dinâmica e motivação que imprimiu, o meu muito obrigado!

Aos idosos institucionalizados, pela boa vontade e disponibilidade na recolha de dados.

Ao grupo de investigação português da WHOQOL-Bref, pela rápida autorização e disponibilização da documentação necessária à aplicação do instrumento de recolha de dados.

Aos senhores Provedores das instituições em estudo, por permitirem a recolha de dados.

Às colegas da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais e da Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro pela disponibilidade, companheirismo e contributo na recolha de informação.

A minha amiga Catarina pela ajuda que sempre me deu.

Aos meus pais e irmãs, pela força e confiança que sempre depositaram em mim.

As minhas sobrinhas pelo carinho demonstrado.

A todos o meu MUITO OBRIGADO!

SIGLAS

AVD`s – Atividades da Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CNAPTI- Criação Nacional de Ação para Terceira Idade

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR- Equipa Coordenadora Regional

EGA – Equipa de Gestão de Alta

EUA – Estados Unidos da América

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Privadas de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAII- Programa de Apoio Integrado aos Idosos

PII- Plano Individual de Intervenção

PNAI- Plano Nacional de Ação

QdV – Qualidade de Vida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SCMV – Santa Casa da Misericórdia de Vinhais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCCMD – Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro

UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidades de Média Duração e Reabilitação

WHOQOL-Bref - Instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos indivíduos da amostra.....	36
Tabela 2 - Caraterização do estado de saúde dos indivíduos da amostra	38
Tabela 3 - Caraterização dos itens da escala WHOQOL-BREF	40
Tabela 4 - Caracterização dos fatores da escala	42
Tabela 5 - Correlação entre fatores da escala	43
Tabela 6 - Caraterização dos fatores da escala em função da instituição.....	44
Tabela 7 - Caraterização dos fatores da escala em função do género	45
Tabela 8- Caraterização dos fatores da escala em função da faixa etária.....	46
Tabela 9 - Caraterização dos fatores da escala em função das habilitações literárias....	47
Tabela 10 - Caraterização dos fatores da escala em função do tempo de doença	48
Tabela 11 - Caraterização dos fatores da escala em função do grupo de patologias.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caraterização da forma de administração do questionário	39
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Tipologias das respostas previstas na RNCCI.....	25
--	----

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	v
SIGLAS	vi
ÍNDICE DE TABELAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
ÍNDICE DE QUADROS	ix
ÍNDICE GERAL	x
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I- ESTADO DE ARTE.....	14
1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	15
2. QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS	17
3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	19
3.1- Estrutura de apoio social para idosos	20
3.1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Tipologias de respostas	22
CAPÍTULO II- INVESTIGAÇÃO EMPIRICA.....	29
1. METODOLOGIA.....	30
1.1.Considerações metodológicas	30
1.2.Objetivos do estudo.....	31
1.3.Variáveis	32
1.4. População e amostra.....	32
1.5.Instrumento de recolha de dados.....	33
1.6.Procedimentos de recolha de dados	34
1.7.Tratamento estatístico	35
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	36
2.1.Caraterização Sociodemográfica da amostra	36

2.2.Caraterização do estado de saúde dos indivíduos da amostra.....	38
2.3.Forma de administração do questionário WHOQOL-BREF	39
2.4.Escala WHOQOL-BREF: caraterização dos itens	40
2.5.Fatores da escala WHOQOL-BREF	42
2.6.Correlação entre os fatores da WHOQOL-BREF	43
2.7.Correlação entre os fatores da escala e as variáveis sociodemográficas e clínicas	44
CAPÍTULO III- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	52
1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
2. CONCLUSÕES/PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
ANEXOS	75
Anexo I– Pedido de autorização ao srº Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais	76
Anexo II– Pedido de autorização ao srº Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro.....	77
ANEXO III- Pedido de autorização para a aplicação do questionário Dr. ^a Maria Canavarro	78
Anexo IV – Instrumento de recolha de dados	79
Anexo V – Resultados dos testes estatísticos.....	83

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, que atingiu uma dimensão mundial, tem particular intensidade nos países industriais modernos, nomeadamente a Europa.

Portugal está, atualmente, entre os países mais envelhecidos do mundo. A “OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 mil milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento” (OMS, 2001).

O envelhecimento populacional reflete, assim, um processo duplo, por um lado, um decréscimo de efetivos na base da pirâmide etária, com cada vez menos nascimentos e consequente diminuição de pessoas com idade mais jovem, por outro lado e paralelamente um crescimento do número de pessoas com idade mais avançada, pelo aumento de esperança de vida. Fernández-Ballesteros (2000) define envelhecimento como um processo que ocorre desde o nascimento até à morte.

Neste estudo, destaca-se a temática da qualidade de vida, nomeadamente a QdV dos idosos institucionalizados. Nem sempre foram consensuais as definições para o conceito de qualidade de vida. A OMS (1994) definiu QdV como sendo *a percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objectivo de vida, relações sociais e perspectivas de vida.* (p. 8). Segundo (WHO, 2002) a QdV das pessoas dependem não só dos riscos e oportunidades que experimentaram durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuo. Nesta perspetiva torna-se importante assegurar a qualidade de vida dos idosos (Vitorino, Paskulin, & Vianna, 2012). A população portuguesa está cada vez mais envelhecida, sendo assim fundamental que se promova um envelhecimento ativo. Na busca de um envelhecimento saudável e ativo e numa melhor QdV, o nosso país tem investido no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para a preservação da independência e da autonomia. Segundo Paúl & Fonseca (2005) o envelhecimento ativo define-se como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Uma das principais medidas tomadas para dar resposta a estas necessidades foi a criação da RNCCI, surgindo como uma reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, sendo considerada como uma das prioridades do Ministério da Saúde.

Segundo Guerreiro (2009) a rede é considerada como uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos, permitindo o desenvolvimento de ações mais próximas das pessoas em situação de dependência. São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Segundo a Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (2009) a criação da RNCCI *“é prioridade comum no contexto europeu e internacional nos países mais desenvolvidos e com políticas públicas de apoio social e de saúde, que se enquadra no conceito definido pelo Conselho da Europa para a necessidade de atender e proteger a dependência”* (p.72). Todos os indivíduos devem ter direito a usufruir de cuidados de saúde com qualidade, pois os Cuidados Continuados mostram-se como um caminho futuro de excelência na prestação de cuidados de saúde.

Pretendemos com este Trabalho de Projeto avaliar a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados num Lar (SCMV) e numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC). O presente estudo encontra-se dividido em dois capítulos distintos, mas interligados, que permitem dar resposta aos objetivos desta investigação.

No primeiro fazemos a contextualização do tema onde abordamos o conceito de qualidade de vida, o processo de envelhecimento humano, aspetos relacionados com a pessoa idosa institucionalizada, nomeadamente o contexto das estruturas de apoio social. Seguidamente é feita uma abordagem sobre a história da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e suas tipologias de resposta.

No segundo capítulo descrevemos o desenvolvimento do estudo empírico, onde são enunciados os resultados do estudo, procedendo-se ainda à sua comparação com resultados de estudos anteriores.

No final, apresentam-se as conclusões do estudo e descrevem-se as suas limitações e sugerem-se algumas linhas de intervenção que poderão ser desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no Lar e na UCCI.

CAPÍTULO I - ESTADO DE ARTE

1. CONCETUALIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de vida é um conceito que tem vindo a ser fortemente desenvolvido no campo de investigação mas que apesar de mais recentemente se recorrer à sua aplicabilidade, a sua origem remonta a antiguidade. Este conceito tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo dos tempos e apenas na década de 80 se alcança uma definição semelhante à utilizada na atualidade (Pimentel, 2006). Na literatura científica, especialmente no campo da saúde, o tema QdV tem-se tornado significativamente importante para a sociedade em geral. O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, num livro sobre a economia e o bem-estar, mas este não foi favorecido. Segundo Fleck (1999) o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, presidente dos Estados Unidos da América (EUA), que declarou: “...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Paschoal (2000) refere que após a II Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado, com a ideia de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário, e bens adquiridos. O mesmo autor menciona que com o passar dos anos, o conceito aumentou, indicando, além do crescimento económico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer etc. A partir da década de 1960, surgiu a necessidade de avaliar a QdV percebida pelas pessoas, qualidade de vida subjetiva (Campolina & Ciconelli, 2006) apresentando um conjunto de indicadores passando estes pela satisfação, bem-estar e felicidade (Ribeiro, 2002 cit. por Mendonça, 2007). Estes indicadores foram, depois, agrupados em dois componentes principais: um subjetivo ou psicológico e outro objetivo social, económico, político e ambiental.

Segundo a OMS (2001) a definição de QdV compreende a perceção subjetiva dos indivíduos, relativamente ao seu estado de saúde e sobre os aspetos do seu contexto de vida, assim como, as variáveis físicas, psicológicas, emocionais, cognitivas, comportamentais e sociais, que se podem alterar ao longo do tempo.

A Organização Mundial de Saúde (1995) define QdV como “a percepção que o indivíduo tem face à sua condição de vida no seu contexto cultural, no sistema de valores que comportam os seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações...” (Molina, 2008, p.276), isto é, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social

e não meramente ausência de doença” (Pimentel, 2006, p.21). Hortelão (2004) refere que a qualidade de vida dos idosos está relacionada à conjugação entre a ausência de doença, o suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo. Segundo Vieira (2004) a QdV é uma condição benéfica de vida considerando o bem-estar físico, mental, emocional e social estes não estando controlados podem interferir, no bem-estar em diferentes dimensões e contextos, tornando-se assim, difícil defini-la num único conceito. O conceito de QdV tem muita importância a nível das ciências sociais e das ciências da saúde (Hortelão, 2004), assim como, nas organizações políticas e governamentais (Lopes, 2004). Esta concepção torna-se benéfica para a vida dos idosos, executando um conjunto de medidas que promovam pela positiva as dificuldades que surgem para melhorar a qualidade de vida dos idosos, assim como, favorecer a necessidade de serviços de saúde e estratégias sociais. Canavarro & Serra (2010) refere que o conceito QdV é influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças e pelas suas relações com aspectos do ambiente em que vive. Esta conjectura alerta para o facto da QdV se referir a uma avaliação subjectiva, enquadrada num contexto cultural, social e ambiental específico. Segundo Pais Ribeiro (2004) o termo QdV não é homogéneo, pois estamos longe de chegar a uma definição clara do conceito, de identificar os componentes essenciais de QdV, de diferenciar a QdV propriamente dita daquilo que a determina, bem como, possuir instrumentos consensuais que a avaliem.

Para Silva, Meneses & Silveira (2007) a QdV é um conceito muito amplo, que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física da pessoa, pelo seu estado psicológico, pelo seu nível de independência, pelas suas relações sociais e pelas relações do meio.

2. QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

O envelhecimento demográfico ou populacional atinge atualmente todos os países. Sabemos que Portugal é um dos países com maior índice de envelhecimento, pois no que respeita à situação demográfica esta caracteriza-se pelo fenómeno de duplo envelhecimento. Os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população se encontra na faixa entre 0-14 anos e 19% entre 65 ou mais anos. O índice de envelhecimento é de 129 (100 jovens para cada 129 idosos) quando em 2001 era de 102. Dados estatísticos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) estimam que, em 2025, serão 2 biliões de pessoas idosas, sendo que 80% destas viverão em países em desenvolvimento.

Esta mudança demográfica deve-se, principalmente, à diminuição da taxa de mortalidade das pessoas idosas e ao declínio da taxa de nascimentos. Graças aos progressos políticos, económicos, sociais e ambientais, bem como, os avanços na saúde pública e na Medicina, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada nos países mais desenvolvidos (Buss, 2000).

Desde que a QdV passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, surgiu uma preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas (Paúl e Fonseca, 2005).

Devemos ter sempre em mente que a qualidade de vida difere de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros determinantes pessoais, nomeadamente, o estilo de vida, os apoios sociais e de saúde, a disposição, a espiritualidade, as redes sociais, o desempenho de atividades, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Sousa, Figueiredo e Cequeira 2004). O contexto e as circunstâncias em que as pessoas vivem são dois fatores importantes para determinarem uma boa ou má qualidade de vida às pessoas idosas. A procura por uma boa qualidade de vida especialmente nos anos de vida mais avançados é um dos principais objetivos da vida Humana. Segundo Fonseca (2008) a QdV depende das características da personalidade e da influência do desenvolvimento ao longo do curso da vida do que da idade ou das condições de saúde. Aparecem fatores na velhice que podem levar a uma menor QdV dos idosos tais como a dependência, a perda de papéis, diminuição da auto-estima, a debilidade física, os estereótipos e preconceitos, as perdas consequentes do processo de envelhecimento.

Segundo James e Wink (2006) existe uma grande necessidade em compreender quais os fatores que permanecem melhor nesta fase de vida, quais não permanecem e como promover a qualidade de vida neste período da vida.

O ser idoso é algo próprio, único, complexo, sujeito de condicionantes biológicas, psicológicas e sociais. A adaptação é uma estratégia importante que o idoso usa na tentativa para a manutenção da auto estima e da dignidade, essenciais ao seu equilíbrio e saúde plena (Berger,1995). Assim segundo Fonseca (2005), o envelhecimento prevê uma dimensão biológica, psicológica, sociológica e cronológica.

A dimensão biológica contempla a velhice com base nas alterações físicas que se verificam no organismo humano, à medida que os anos passam. Os tecidos perdem flexibilidade e capacidade de recuperação; produzem-se alterações da imunidade face às doenças; os órgãos e sistemas corporais reduzem a velocidade e a capacidade das suas funções. O envelhecimento não é uniforme e regular. Não é uniforme porque o corpo não envelhece todo ao mesmo ritmo, e não é regular porque cada órgão e cada sistema nervoso envelhecem de forma própria (Fernandes 2010).

A dimensão cronológica refere-se ao número de anos que tem decorrido desde o nascimento do individuo. Segundo Hoyer e Roodin (2003), a idade é um marcador aproximado do processo que influencia o comportamento ao longo do tempo.

A dimensão psicológica refere a velhice com base nas alterações cognitivas e afetivas que se verificam com o avançar da idade, ou seja, é definida como as capacidades dos indivíduos para se adaptarem às exigências do meio. As pessoas adaptam-se ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como a aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de coping etc. Há adultos que possuem estas características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados (jovens psicologicamente), e outros que possuem estes traços em graus menores e são considerados (velhos psicologicamente) (Hoyer e Roodin2003).

A dimensão sociológica refere-nos que a velhice é um conceito relativo, no qual reflete o contexto onde os acontecimentos se definem socialmente. A definição social de velhice atribui significado aos acontecimentos de vida. Segundo Neri (2001) afirma que a idade social diz respeito à avaliação do grau de adaptação de um individuo ao desempenho dos papéis sociais e dos comportamentos esperados para as pessoas da sua idade num dado momento da história de cada sociedade.

Podemos proferir que o envelhecer bem é um processo heterogéneo em diferentes contextos físicos, sociais e humanos levando o idoso a uma atitude ativa.

3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Hoje em dia cada vez mais as famílias recorrem á institucionalização, pois não tem tempo ou disponibilidade para tratar/cuidar do seu idoso pelo seu grau de independência, viuvez e idade. Jacob (2002) define a institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia entregue aos cuidados de uma instituição que não à sua família. Nos lares ou residências geriátricas os idosos institucionalizados residentes são aqueles que vivem 24 horas por dia numa instituição.

Os lares e residências de idosos, muitas vezes para a sociedade em geral, têm uma conotação negativa e são muitas vezes associados a lugares depressivos onde predomina uma vida rotineira e uma estruturação que não vai de encontro às necessidades humanas de identidade, relação e afeto (Romão 2002). Quando a inserção num lar não é vontade/desejo do idoso, proporciona-lhe um sentimento negativo, levando os residentes institucionalizados a sentirem-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais um dia-a-dia monótono e sem esperança ou investimento no futuro terreno (Fonseca 2005).

Os idosos preferem passar a velhice com os seus familiares querendo ficar nas suas casas, pois é lá que eles se sentem bem, onde tem as suas coisas, as suas lembranças possibilitando recordar momentos passados. Segundo Trilla (2004) a grande preferência dos idosos é viver com os seus filhos e netos.

A institucionalização constitui muitas das vezes, para a família ou para o idoso sem família, a última alternativa quando todas as outras se tornam inviáveis (Hortelão, 2004). Para Pimentel (2001) apesar dos filhos estarem *“dispostos a fazer todos os possíveis para apoiar os seus pais idosos, isso pode não ser, de facto, realista e praticável; por vezes, o internamento em instituições especializadas responde de forma mais adequada às suas necessidades”* (p.74).

Temos que ter noção que a institucionalização não apresenta só aspetos negativos, pois o idoso pode realizar várias tarefas no seu dia-a-dia. Segundo Sousa (2004) um bom lar é aquele que tem atividades de animação, saídas, uma boa alimentação, higiene, momentos de convívio, oferece conforto físico, disponibiliza serviços de apoio a nível de fisioterapia, enfermagem, animador, professor de educação física etc., acima de tudo que seja seguro e que não seja demasiado grande.

3.1- Estrutura de apoio social para idosos

O Ser Humano é um ser bio-psico-social, apresenta necessidades que se fazem sentir ao longo da vida. Para lhes promoverem uma melhor integração na sociedade surgem as unidades de alojamento para os idosos que constituem uma resposta social. A rede social permite-nos inserir o idoso, enquanto Ser Humano, não só no contexto familiar como também nos diferentes sistemas sociais. Só a partir da década de 70 é que o apoio social apresentou um papel fundamental na integração dos idosos na sociedade, proporcionando melhor QdV aos indivíduos. Serra (1999) define apoio social como a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam, de modo dinâmico um indivíduo.

Assim sendo, o apoio social refere-se às ligações que se estabelecem entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico. Como refere Sanchez (2010) o apoio social é fornecido pelas redes sociais disponíveis, como a família, amigos, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos e oferecendo suporte emocional. Cruz (2001) define o apoio social como a utilidade das pessoas que nos amam, que nos valorizam e se preocupam connosco e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância.

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade em 2000 na Carta Social da rede de serviços e equipamentos identifica como respostas sociais três tipos de equipamentos os lares e centros de dia com a predominância de 30% cada e o apoio domiciliário com 27% do total das valências. Existem iniciativas estatais com vista á concretização das políticas sociais para a terceira idade, sendo elas:

- Plano Nacional de Ação para a Terceira Idade – PNAI;
- Criação da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade – CNAPTI;
- Programa Rede Social e o Programa de Apoio Integrado aos Idosos PAII.

Como todos sabemos os apoios sociais e financeiros aos idosos revelam-se insuficientes no nosso país, mas o Homem tem direitos fundamentais no acesso a cuidados de qualidade. O Ministério do trabalho e da segurança social caracterizam da seguinte forma os apoios aos idosos: serviço de apoio domiciliário, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas, residência e lar de idosos.

O *serviço de apoio domiciliário* centra-se na prestação de cuidados individualizados e personalizados ao domicílio, aos indivíduos e à família quando, por motivo de doença ou deficiência, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas da vida diária Honoré (2002).

Segundo Lucas (2009) os *Centros de Convívio* são locais onde se organizam atividades recreativas e culturais que envolvam as pessoas idosas da comunidade onde estão inseridas. Por sua vez os *Centros de Dia* são centros que apresentam um tipo de apoio facultado através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, tendo como principal objetivo desenvolver atividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio familiar Martin (2002).

Segundo o mesmo autor define *Centros de Noite* como centros de acolhimento noturno, prioritário para pessoas idosas e autónomas que, por estarem sozinhas, isoladas ou inseguras, precisam de acompanhamento durante a noite. O guia elaborado pela segurança social o *Acolhimento Familiar de Pessoas Idosas* consiste numa resposta em contexto não institucionalizado mediada por uma instituição de integração, levando a implementação de um plano de intervenção que promova a melhoria da qualidade de vida. O objetivo das famílias de acolhimento é assegurar à pessoa idosa ou à pessoa adulta com deficiência um meio sociofamiliar e afetivo adequado à satisfação das suas necessidades básicas e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade Lucas (2009).

As IPSS são uma parceria entre o público e o privado administrado por uma direção local de encargo privado ou eclesial, sem fins lucrativos com apoios do Estado. Segundo Jacob (2002) os objetivos das IPSS centram-se principalmente em equipamentos sociais, dado que alojam as respostas sociais, sendo estas de natureza residencial, ambulatória ou mista.

Por sua vez os *Lares de Idosos* são designados como equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, com o objetivo de fornecer respostas a idosos que estejam em risco, com perda de independência e/ou autonomia. Verificamos que as instituições públicas e as instituições particulares sem fins lucrativos trabalham com o Estado em parceria e de protocolos de cooperação tendo em comum objetivos para colmatar situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência e exclusão social, para que seja feita a integração do idoso. O artigo 63º/5 da Constituição da República Portuguesa (2009), refere que “*O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social*”

e de outras de reconhecido interesse público sem caráter lucrativo, com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social consignados.”

A sociedade atual, face às novas necessidades, carece de apoios a diversos níveis e principalmente nas faixas etárias mais elevadas. Nesta faixa etária, a dependência é algo que gera uma grande sobrecarga para as famílias e sociedade em geral, nomeadamente aos hospitais que se vêem confrontados com situações de caráter social e de saúde que após a fase aguda da doença necessitam de apoios e recursos para que a pessoa consiga reintegrar-se (Kalache, 2009).

Na tentativa de dar resposta às necessidades de cuidados dos indivíduos que apresentam dependência, surgem as Unidades de Cuidados Continuados. Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007), a RNCCI tem como finalidade “*criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes*”(p.7).

3.1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Tipologias de respostas

Segundo Rodrigues (2009) a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) integra um dos projetos mais inovadores ocorrido em Portugal em torno das políticas sociais, tendo resultado da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, em que o co-financiamento e parceria são encargos da Organização Mundial de Saúde.

A RNCCI, foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, segundo o (Artigo 3.º) e é definida como um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo. Visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Como consta no Artigo 4.º a RNCCI do mesmo Decreto-lei apresenta como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência. Este mesmo artigo apresenta objetivos específicos sendo estes:

- ✓ A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- ✓ A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e apoio social necessário à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- ✓ O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- ✓ A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- ✓ O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- ✓ A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- ✓ A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

É importante salientar as diferentes ligações entre as conceções de cuidados integrados e cuidados continuados, pois são frequentemente utilizados como sinónimos.

Como refere Dias e Santana (2009) os cuidados integrados são um conceito mais vasto, abrangem a perspetiva do utente associada às implicações de gestão, economia e tecnologia dos serviços já os cuidados continuados têm como objetivo a criação de intervenções articuladas de apoio social e de cuidados de saúde, dirigidos às pessoas em situação de dependência, através de respostas integradas no domicílio ou em ambulatório (Despacho conjunto do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, n.º 407/98, de 18 de Junho).

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) agrupam-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no sistema de Segurança Social, constituindo um processo ativo e contínuo, que se prolonga para o tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, englobando *i)* a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; *ii)* a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irreversíveis (Art.5.º do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Portugal através da criação da rede conseguiu retificar algumas lacunas no setor da saúde e no apoio social, ao promover a abertura organizacional para novos modelos de cuidados. A RNCC deseja interceder no estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados, que contribua para a resposta integrada às pessoas em situação de dependência temporária ou prolongada (RNCCI, 2009). No (Art.2º) do mesmo Decreto-lei a RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais.

Segundo Branco (2010) a rede mostra vários princípios para melhorar os cuidados adequados às necessidades dos indivíduos em situação de dependência sendo eles: a prestação de cuidados individualizados e humanizados do Ser Humano; continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, equidade no acesso e na mobilidade entre os vários tipos de unidades e equipas da Rede; promoção de uma reabilitação contínua e manutenção; envolvimento dos utentes e seus familiares, não só no plano individual de intervenção, mas também no encaminhamento para as unidades e equipas existentes; co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados, a eficácia e qualidade por parte de todas as unidades e equipas na prestação dos cuidados (Art.º 6.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho). As garantias e direitos da RNCCI aos utentes em situação de dependência são:

- a) À dignidade;
- b) À preservação da identidade;
- c) À privacidade;
- d) À informação;
- e) À não discriminação;
- f) À integridade física e moral;
- g) Ao exercício da cidadania;
- h) Ao consentimento informado das intervenções efetuadas (Art.º 7.º).

Para os utentes regressarem ou continuarem no domicílio a RNCCI apresenta respostas apropriadas que lhe proporcionem condições, de que nada beneficiam com o internamento e/ou a permanência numa cama hospitalar.

Lopes (2010) define que o grande objetivo da RNCCI será sempre recuperar ou manter a autonomia máxima possível dos doentes para a vida diária no seu domicílio.

O utente necessita de cuidados para satisfazer as suas necessidades de vida diária, como forma de colmatar esta lacuna a RNCCI quer prestar os devidos cuidados para uma melhor qualidade de vida do utente.

Desta forma, distinguem-se na rede 4 tipos de resposta (Quadro1).

Pertence a cada tipologia de resposta definir o seu papel e responsabilidades.

Quadro 1- Tipologias das respostas previstas na RNCCI

Unidades de Internamento	Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção; Unidades de Cuidados Paliativos.
Unidades de Ambulatório	Unidades de Dia e Promoção da Autonomia.
Equipas Hospitalares	Equipas de Gestão de Altas; Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
Equipas Domiciliárias	Equipas de Cuidados Continuados Integrados; Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos.

Fonte: Dec. Lei nº 101/2006

As *Unidades de Internamento* integram as unidades de convalescença; unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos.

As *Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos* estão integradas nos hospitais de agudos, tendo por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, nos diferentes serviços do hospital. São inseridos como recurso hospitalar pois integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos (Art.26.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

As *Equipas de Cuidados Continuados Integrados* apresentam responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, direccionam a sua

intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A *Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos* engloba um grupo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção.

As *Unidades de Dia e Promoção de Autonomia* a nível de ambulatório prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados durante o dia (n.º 1 do Art. 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Segundo a UMCCI (2009) a RNCCI através das Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, fica inserida nos hospitais e, com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados no domicílio, aliadas às Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, interligando-se esta com o nível dos cuidados de saúde primários. Este novo modelo de cuidados assenta na união e funcionamento em rede, onde as diferentes tipologias de resposta fazem a articulação entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários

Visto a presente investigação ter sido realizada em Unidades de média (A) e longa duração (B) faremos apenas, de seguida, uma caracterização das mesmas.

A-Unidades de Internamento de Média Duração e Reabilitação

As UIMDR (prevista para internamento com duração igual ou inferior a 90 dias), pretendem responder as necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação crónico, originando perda transitória de autonomia recuperável, com impossibilidade de prestação de cuidados de saúde no domicílio e pela não justificação de internamento em hospital de agudos ou em unidade de convalescença. Desejam garantir cuidados integrados, individualizados e humanizados (Art.15º decreto de lei. 101/2006 de 6 de Junho). Esta unidade visa à reabilitação, manutenção e apoio social aptos à rápida reintegração dos indivíduos na sociedade, bem como, na sua vida diária.

Os indivíduos que são admitidos na unidade são doentes provenientes de

instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social, de outras respostas da rede, ou, ainda, do domicílio, que necessitem de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnicamente diferenciados.

A sua admissão só será possível de referenciação pela Equipa Coordenadora Local (ECL) e/ou pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) em coordenação com a Equipa Coordenadora Regional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (ECR). Esta unidade é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente: cuidados médicos diários; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; higiene, conforto, alimentação; convívio e lazer (Art.º 16º do decreto de lei 101/2006 de 6 de Junho).

B-Unidades de Longa Duração e Manutenção

As ULDM (concebidas para períodos de internamento superior a 90 dias), são unidades de internamento de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. O seu objetivo é proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o estado de saúde. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não possam ser cuidados no domicílio (Art.º 17º do decreto de lei 101/2006 de 6 de Junho).

Relativamente ao tipo de cuidados prestados, estas unidades são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e asseguram cuidados médicos; cuidados de enfermagem diários; atividades de manutenção e de estimulação; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das atividades da vida diária; apoio nas atividades instrumentais da vida diária. Cada unidade necessita usufruir de uma equipa técnica multidisciplinar a nível da saúde e da ação social, constituída por médico; enfermeiro; técnico de serviço social; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e auxiliares de ação médica em tempo parcial (Art.º 18º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho). A referenciação para a RNCCI pode ser feita de duas formas: através de

propostas das equipas prestadoras de CCI (centros de saúde) e equipas de gestão de altas (hospitais) na decorrência de diagnóstico de situação de dependência (Art.º 32º decreto de lei 101/2006 de 6 de Junho).

Para a admissão na unidade o indivíduo tem que apresentar algum dos seguintes critérios a) necessidade de controlo de sintomas difícil de efetuar no domicílio; b) necessidade de cuidados de reabilitação e/ou manutenção que obriguem a internamento, para melhoria e/ou manutenção de capacidades; c) necessidade de descanso de familiares ou de outros cuidadores informais; d) impossibilidade de pronta reinserção na comunidade, por ausência de recursos sociofamiliares.

Na preparação da alta, a unidade tem que verificar se o indivíduo apresenta os seguintes critérios: ter atingido os objetivos clínicos e de reabilitação; necessidade de cuidados num outro nível de diferenciação; necessidade de resposta isolada do âmbito da saúde ou de apoio social. A mobilidade na rede ocorre quando se esgota o prazo de internamento, não se atingindo os objetivos terapêuticos delineados. O responsável da unidade ou equipa deve preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa noutra unidade mais adequada, para promover a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida (Art. 33º do decreto de lei 101/2006 de 6 de Junho).

CAPÍTULO II - INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1. METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevemos a metodologia utilizada na atual investigação, pretendemos explicar o tipo de estudo, os objetivos, as variáveis em estudo, a população, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos de colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico.

1.1.Considerações metodológicas

É necessário que seja considerado científico o conhecimento adquirido pelo Homem. A metodologia é o marco conceptual de referência e coerência lógica para descrever, explicar e justificar o caminho a seguir, com os princípios e métodos mais adequados para um projeto de investigação. Fortin (2003) refere que o enquadramento metodológico torna-se indispensável a qualquer trabalho de pesquisa, nele descrevem-se e explicam-se todas as etapas que se vão processar. Para a realização de um estudo é sempre importante, a definição de um método, porque ao definir, o investigador terá uma linha de orientação, o que lhe facilita a recolha de informação e a sua respetiva análise e interpretação.

Etimologicamente a palavra método deriva do grego *metá*, que significa mais além, fim e *hodós*, que significa caminho, ou seja, o caminho para conseguir um fim. Segundo Larrote *et al* (1996) o método constitui o caminho para alcançar os fins da investigação e está definido pelo seu carácter regular, explícito, repetível, racional, ordenado e objetivo para o conseguir. Método define-se como diferentes modos ou procedimentos utilizados na investigação para obter dados que se utilizaram como base para a inferência, a interpretação, a explicação e a predição da realidade”. (Cohen e Manion, 1990) citados por Bisquerra *et al* (2004).

A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. No presente estudo as questões são: 1- Qual é a QdV percecionada pelos idosos? 2- Será que há diferenças na QdV dos idosos institucionalizados no Lar e numa UCCI?.

Neste contexto o tema para a presente investigação centra-se na avaliação da Qualidade de vida dos idosos Institucionalizados, procedendo-se à realização de um estudo descritivo, quantitativo de carácter correlacional e de natureza transversal.

Pollit & Hungler (1995) referem que o estudo descritivo *"traduz-se pela procura descritiva, isto é, uma procura que se encaminha principalmente na descrição dos fenómenos..."* (p.18). O estudo é transversal porque a recolha de dados foi realizada uma única vez a cada indivíduo (Ribeiro, 2011). O estudo é quantitativo de caráter correlacional, porque se pretende generalizar os resultados de uma determinada população em estudo a partir de uma amostra, avaliando se existe ou não a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, não estabelecendo uma relação causa-efeito (Carmo, Ferreira, 1998; Mausner & Bahn 1999).

1.2.Objetivos do estudo

À questão de investigação segue-se a formulação dos objetivos da investigação. Estes por sua vez representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação.

Segundo Fortin (2003) o objetivo de um estudo permite ao investigador concluir, acerca das razões que o levam a realizar esse mesmo estudo, esclarecendo as variáveis, a população alvo e o contexto do estudo.

Assim sendo, os objetivos da presente investigação são:

Objetivo geral:

- ✓ Avaliar a Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados num lar e numa UCC de longa duração.

Objetivos específicos:

- ✓ Verificar se há diferenças entre a QdV dos idosos institucionalizados num lar e a dos idosos institucionalizados numa UCC;
- ✓ Identificar fatores Sociodemográficos e Clínicos que possam influenciar a QdV.

1.3. Variáveis

As variáveis de investigação constituem um elemento central pois é à volta delas que se estrutura a investigação. Portanto a variável é uma característica que varia, que é de diferentes tipos e que se distribui por diferentes valores ou qualidades. Nas atividades de investigação o objetivo é compreender de que forma ou porque variam as coisas, com o fim de relacionar as diferenças de uma variável com as diferenças de outras. Em função do papel que desempenham em determinada investigação as variáveis designam-se como dependentes ou independentes. *"A causa eventual denomina-se variável independente, e o efeito possível como variável dependente"* (Pollit & Hungler, 1995, p. 51).

Assim sendo, as variáveis da presente investigação são:

Variável dependente

Qualidade de vida.

Variáveis independentes

Estas são constituídas pelas características Sociodemográficas e Clínicas: idade; sexo; escolaridade; estado civil; diagnóstico da doença e instituição de acolhimento.

1.4. População e amostra

A população é o grupo total de pessoas ou objetos que possuem em comum determinado conjunto de características estabelecidas pelo investigador (Fortin, 2003). Segundo o mesmo autor uma amostra é um subconjunto da população que se selecciona através de alguma técnica de amostragem e que deve ser representativa daquela.

Assim, a população alvo do estudo foram os idosos institucionalizados no lar da SCMV (79) e os idosos institucionalizados na UCCMD (21), sendo um total de (100) idosos. Definimos como **critérios de inclusão**, os utentes com capacidade de perceção das questões colocadas, com idade superior a 65 anos. Como **critérios de exclusão**, todos os utentes que apresentassem diagnóstico de demência ou deterioração cognitiva notoriamente incapacitante. Estes dados foram obtidos através de consulta dos processos dos utentes.

Dessa forma, obtivemos uma amostra de 71 idosos. Optou-se por estudar utentes da RNCCI, uma vez que a rede se apresenta como um projeto relativamente recente e, como tal, existe alguma carência de estudos nesta área.

Por outro lado, dadas as características das unidades permitiu-nos estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa idosa e consequentemente efetuar a aplicação dos instrumentos de forma individual e personalizada. Pretendíamos, com esta metodologia, facilitar a aplicação dos questionários e obter uma percepção mais abrangente acerca da QdV da pessoa em contexto de institucionalização.

1.5. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados escolhido para a realização deste estudo foi o questionário. Na presente investigação o instrumento de avaliação utilizado foi o WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Instrument Bref) – Estado de saúde e a Qualidade de Vida.

O desenvolvimento da versão em português do instrumento WHOQOL-bref seguiu a metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido e validado pelo Fleck *et al.*, (1999). Este instrumento foi adaptado para versão em português por Canavarro, (2006), apresentando características psicométricas satisfatórias, além de ser abrangente e de rápida aplicação, motivo pelo qual o utilizámos no estudo.

O instrumento WHOQOL-Bref é constituído por uma primeira parte que contempla questões respeitantes à caracterização sociodemográfica e a segunda parte pelas facetas da QdV traduzidas em 26 questões das quais 24 dizem respeito aos domínios físico, psicológico, social e ambiental e as restantes 2 integram a faceta geral que estabelece a avaliação da QdV geral e a percepção geral da saúde. (Canavarro *e col.*, 2006). As respostas dadas pelos indivíduos são importantes para verificarmos se concordam ou discordam unificadas na escala de Likert (de 1 a 5 pontos de intervalo), desenhadas e testadas para medir a intensidade, a capacidade, a frequência e a avaliação, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida (Ribeiro, 1999). Segundo Lai *e col.* (2005) o WHOQOL-bref pode ajudar a identificar as debilidades nas facetas da qualidade de vida e encontrar maneiras para prevenir algumas consequências piores do envelhecimento em condições de institucionalização,

1.6.Procedimentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados é um elemento ou técnica que o investigador elabora com a finalidade de colher dados ou informações necessárias e específicas à população em estudo. Segundo Bell (1989) os procedimentos de recolha de dados são escolhidos de acordo com a tarefa a ser cumprida. É a natureza do problema de investigação que determina o tipo de método de recolha de dados (Pollit, D.F. & Hungler, B.P.2004). No presente estudo elegemos o questionário pois evidenciou ser o mais ajustado para a nossa população de estudo devido, à sua baixa literacia e mais rápido na obtenção das respostas dadas pelos idosos levando a um menor tempo.

Seguidamente foi pedida e facultada autorização para entrevistar os utentes residentes na SCMV (Anexo I) e da UCCMD (Anexo II). Após, tomarem conhecimento e concordarem colaborar no estudo, foram contactados telefonicamente combinando uma reunião para a aplicação dos questionários. Por sua vez, também foi pedida autorização a Dr.^a Cristina Canavarro para a utilização do questionário, mostrou-se disponível e colaborante para a permissão à sua utilização (Anexo III). O seu grupo de trabalho remeteu-nos o suporte digital da análise dos resultados com as respetivas fórmulas (*Statistical Package for Social Sciences – SPSS*), assim como o objeto de manual do utilizador e sintaxe do instrumento WHOQOL-bref (Anexo IV).

A aplicação dos questionários decorreu entre os meses de Agosto e Setembro de 2014. Todos os indivíduos que fizeram parte do estudo foram esclarecidos, no início da entrevista sobre qual era o objetivo da investigação, assim como também lhe foi explicado o direito à confidencialidade das suas respostas garantido o anonimato das informações. Como técnica de Fisioterapia na SCMV foi-nos prescindido o consentimento informado em papel para os indivíduos, assim como para a UCCMD.

Cada idoso foi entrevistado individualmente pela investigadora, só um individuo é que conseguiu responder sozinho ao questionário. A mesma explicou cada uma das questões assinalando as respostas dadas pelo idoso, tendo sempre em atenção nunca manipular as respostas, respeitando sempre os valores culturais e religiosos de cada um.

Com a aplicação do questionário verificamos que alguns idosos não sabiam ler e apresentavam défices motores e visuais incapazes de efetuar uma leitura e escrita eficaz.

1.7.Tratamento estatístico

O investigador quando se centra sobre um conjunto de dados tem como objetivo, verificar a existência e a natureza das relações entre as variáveis, pois antes de passar para o tipo de análise tem que fazer uma escolha, para a credibilidade da investigação, acerca do tipo de testes estatísticos a utilizar. Estes variam consoante a natureza da distribuição dos resultados, ou das técnicas de recolha dos dados. Depois de aplicado o questionário a todos os indivíduos, os dados foram tratados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20 para o Windows.

Para cada questionário utilizado fizemos a caracterização da amostra através de medidas estatísticas descritivas tais como: mínimo, máximo, média e desvio padrão, frequências absolutas e relativas. Posteriormente estudamos a possível relação/associação entre diversas variáveis através do cálculo de correlações. Dado tratarem-se de variáveis do tipo escalares recorremos às correlações de *Pearson*. Se o módulo do coeficiente de correlação varia entre 0 e 0,19 a correlação é muito fraca, entre 0,2 e 0,39 fraca, entre 0,4 e 0,69 moderada, entre 0,7 e 0,89 forte e se verificar entre 0,9 e 1 trata-se de uma correlação muito forte (Dancey e Reidy 2006).

De forma a comparar os resultados obtidos para os fatores da escala relativamente à variável instituição onde é utente, recorremos ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* uma vez que não se verificou a condição de normalidade das variáveis e as amostras eram de pequena dimensão. Para comparar os resultados dos fatores da escala relativamente ao género, recorremos ao teste paramétrico *t*. Por fim, para comparar os resultados dos fatores da escala relativamente às variáveis idade e tempo de doença, recorremos ao teste Anova. A aplicação da Anova pressupõe a normalidade e homogeneidade dos resíduos do modelo, quando uma das condições não se verifica recorre-se ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a descrição dos pressupostos metodológicos, passamos à apresentação da análise descritiva dos resultados que dão resposta aos objetivos da investigação.

2.1.Caraterização Sociodemográfica da amostra

Na tabela 1 encontramos a caraterização sociodemográfica da amostra recolhida

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica dos indivíduos da amostra

Variáveis sociodemográficas		Frequência	
		N	%
Local	Miranda - UCC	21	29,6
	Vinhais - LSCM	50	70,4
	Total	71	100
Género	Feminino	39	54,9
	Masculino	32	45,1
	Total	71	100
Idade	Até 70 anos	9	12,7
	De 71 a 80 anos	16	22,5
	De 81 a 90 anos	37	52,1
	Mais de 90 anos	9	12,7
	Total	71	100
<i>Min = 65 Max = 98 \bar{X} = 81,97 s = 8,66</i>			
Estado civil	Solteiro	24	33,8
	Casado/União de fato	15	21,1
	Viúvo	32	45,1
	Total	71	100
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	19	26,8
	Sabe ler e/ou escrever	12	16,9
	1º Ciclo	34	47,9
	2º Ciclo	5	7,0
	Superior	1	1,4
	Total	71	100
Concelho	Miranda do Douro	12	16,9
	Bragança	7	9,9
	Mogadouro	3	4,2
	Vinhais	49	69,0
	Total	71	100

UCC - Unidade de Cuidados Continuados; LSCM - Lar Santa Casa da Misericórdia

Pela análise da Tabela 1 a amostra recolhida é composta por 71 indivíduos cuja distribuição nas instituições é de 29,6% (21) na UCC em Miranda do Douro e de 70,4% (50) no Lar da Santa Casa da Misericórdia em Vinhais, sendo 54,9% (39) do género feminino e 45,1% (32) do género masculino.

Quanto à idade esta varia entre o mínimo de 65 anos e máximo de 98 anos, apresentando um valor médio de 81,97 anos. Verificamos que 12,7% (9) dos idosos têm idade até 70 anos, 22,5% (16) têm idade entre 71 e 80 anos, 52,1% (37) tem idade entre 81 e 90 anos e 12,7% (9) apresentam idade superior a 90 anos. Relativamente ao estado civil verificamos que 33,8% (24) dos idosos são solteiros, 21,1% (15) estão casados ou em união de facto e 45,1% (32) são viúvos.

No que respeita à escolaridade, 26,8% (19) dos idosos não sabe ler nem escrever, 16,9% (12) sabe ler e/ou escrever, 47,9% (34) têm o 1º Ciclo, 7,0% (5) têm o 2º Ciclo e 1,4% (1) tem formação superior.

Em termos de proveniência geográfica, 16,9% (12) dos idosos pertencem ao concelho de Miranda do Douro, 9,9% (7) ao concelho de Bragança, 4,2% (3) ao concelho de Mogadouro e 69,0% (49) ao concelho de Vinhais.

2.2.Caraterização do estado de saúde dos indivíduos da amostra

Na tabela 2 apresentamos a caraterização do estado de saúde dos indivíduos inquiridos.

Tabela 2 - Caraterização do estado de saúde dos indivíduos da amostra

Variáveis		Frequência	
		N	%
Atualmente doente	Sim	66	93,0
	Não	5	7,0
	Total	71	100
Tempo da doença	Inferior a 1ano	19	29,7
	De 1 a 4 anos	13	20,3
	De 4 a 8 anos	13	20,3
	Mais de 8 anos	19	29,7
	Total	71	100
<i>Min = 0,083 Max = 60 $\bar{X} = 8,523$ $s = 13,373$</i>			
Tipo de Doença	Fratura do colo do fémur	12	18,2
	DM tipo 2	10	15,2
	HTA	5	7,6
	AVC Isquémico	15	22,7
	Úlceras de pressão	10	15,2
	Parkinson	8	12,1
	DPOC	5	7,6
	Epilepsia	1	1,5
	Total	66	100

No que respeita à caraterização do estado de saúde da amostra, 93,0% (66) dos idosos encontram-se atualmente doentes e apenas 7,0% (5) não estão doentes.

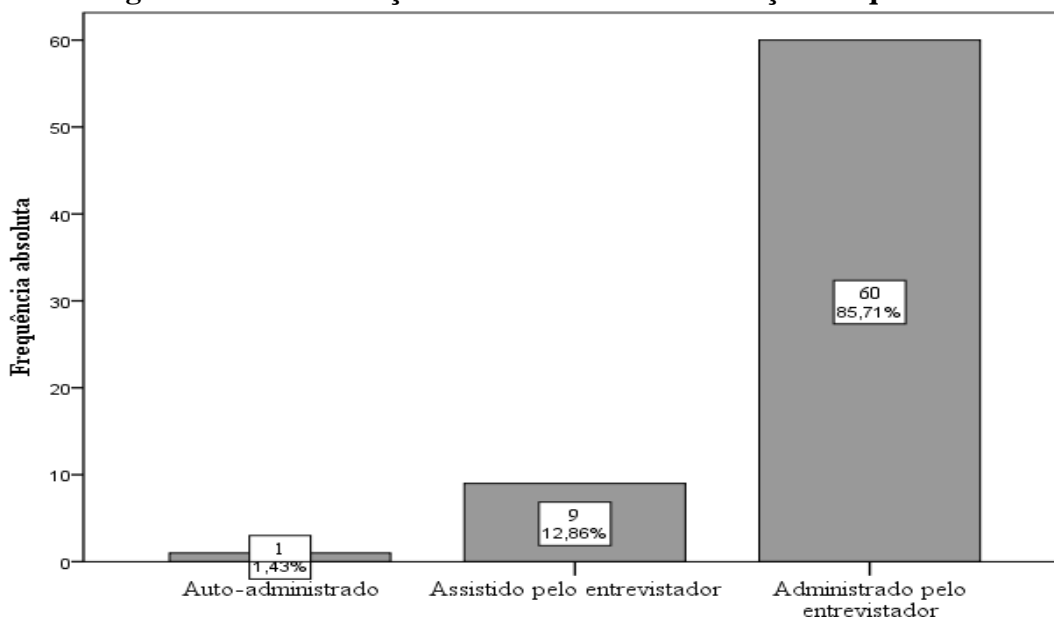
Relativamente ao tempo de duração da doença, este varia entre o mínimo de 0,083 anos e o máximo de 60 anos, apresentando um valor médio de 8,52 anos, com um desvio padrão de 13,37 anos. Verificamos que 29,7% dos idosos se encontram doentes há menos de 1 ano, tal como, em igual percentagem, doentes há mais de 8 anos. 40,6% estão doentes entre 1 e 8 anos.

No que respeita ao tipo de doença de que padece, podemos observar que 22,7% dos idosos sofreram AVC Isquémico e 18,2% fratura de colo do fémur e 15,2% têm Úlceras de Pressão e em igual percentagem DM tipo II. 12,1% têm doença de Parkinson, 7,6% têm HTA bem como, em igual percentagem, DPOC. Apenas um idoso padece de Epilepsia. Como complemento aos dados referidos, obtivemos informação relativa ao regime de tratamento, sendo que 90,9% dos idosos carecem de internamento, 1,5% necessita de acompanhamento em consulta externa e 7,6% não precisam de qualquer tratamento.

2.3. Forma de administração do questionário WHOQOL-BREF

No gráfico de barras da figura 1 apresentamos a caracterização da forma de administração do questionário.

Figura 1 - Caracterização da forma de administração do questionário



Pela análise do gráfico verificamos que, na maioria dos casos (85,71%; 60), o questionário foi administrado pelo entrevistador. Apenas um inquirido respondeu sozinho ao questionário e 12,86% (9 indivíduos) foram assistidos pelo entrevistador.

2.4. Escala WHOQOL-BREF: caracterização dos itens

Na tabela 3 apresentamos os resultados estatísticos obtidos para cada questão da escala.

Tabela 3 - Caracterização dos itens da escala WHOQOL-BREF

Itens	N	N	P	NPNM	M	MT	Média	Desvio Padrão
Frequência relativa %								
Q1	71	1,4	7,0	49,3	29,6	12,7	3,45	0,86
Q2	71	2,8	23,9	33,8	32,4	7,0	3,17	0,97
Q3*	71	12,7	29,6	23,9	19,7	14,1	2,93	1,26
Q4*	71	8,5	22,5	33,8	33,8	1,4	2,97	0,99
Q5	71	1,4	5,6	43,7	35,2	14,1	3,55	0,86
Q6	71	2,8	7,0	45,1	28,2	16,9	3,49	0,95
Q7	71	19,7	19,7	28,2	15,5	16,9	2,90	1,35
Q8	71	0,0	2,8	9,9	54,9	32,4	4,17	0,72
Q9	71	0,0	1,4	14,1	53,5	31,0	4,14	0,70
Q10	71	4,2	22,5	43,7	18,3	11,3	3,10	1,02
Q11	71	1,4	8,5	42,3	23,9	23,9	3,61	0,99
Q12	71	9,9	9,9	45,1	22,5	12,7	3,18	1,10
Q13	71	0,0	7,0	43,7	39,4	9,9	3,52	0,77
Q14	71	5,6	8,5	47,9	28,2	9,9	3,28	0,96
Q15	71	22,5	32,4	9,9	18,3	16,9	2,75	1,43
Q16	71	0,0	4,2	19,7	40,8	35,2	4,07	0,85
Q17	71	1,4	18,3	46,5	25,4	8,5	3,21	0,89
Q18	71	1,4	25,4	43,7	25,4	4,2	3,06	0,86
Q19	71	0,0	2,8	43,7	39,4	14,1	3,65	0,76
Q20	71	0,0	1,4	19,7	57,7	21,1	3,99	0,69
Q21	71	1,4	4,2	91,5	2,8	0,0	2,96	0,36
Q22	71	0,0	2,8	11,3	54,9	31,0	4,14	0,72
Q23	71	0,0	1,4	2,8	62,0	33,8	4,28	0,59
Q24	71	0,0	0,0	4,2	40,8	54,9	4,51	0,58
Q25	71	0,0	0,0	32,4	32,4	35,2	4,03	0,83
Q26*	71	8,5	16,9	60,6	14,1	0,0	2,80	0,79

N – Nada satisfeito; P – Pouco satisfeito; NPNM - Nem Pouco Nem Muito Satisfeito; M – Muito Satisfeito; MT - Muitíssimo Satisfeito; * - item a inverter.

Pela análise dos resultados podemos observar que as questões: Q8 “Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?”, Q23 “Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive?” e Q24 “Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde, são as que apresentam maiores valores médios, ou seja, são os itens em que os idosos da amostra revelam maior satisfação.

Por outro lado, nas questões: Q15 “Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)?]”, Q26 “Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?” e Q7 “Até que ponto se consegue concentrar?”, verificamos, em média, os menores valores de satisfação pelos idosos.

Nomeadamente ao item Q3 “*Em que medida as suas dores físicas o impedem de fazer o que precisa?*”, observamos que o valor médio é baixo, 2,93 pontos, mas com elevado desvio padrão 1,26 o que mostra variabilidade das respostas obtidas. Por outro lado, no item Q8 “*Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?*”, obtivemos valor médio elevado de 4,17 pontos com desvio padrão moderado de 0,72. Quanto ao item Q10 “*Tem energia suficiente para a sua vida diária?*” observamos o valor médio moderado de 3,10 pontos e desvio padrão de 1,02 pontos o que traduz alguma dispersão. Relativamente à questão Q14 “*Em que medida tem oportunidade para realizar tarefas de lazer?*” o valor médio foi de 3,28 pontos com desvio padrão de 0,96 pontos, revelam-se nem pouco nem muito satisfeitos neste campo e uma menor variabilidade dos resultados. Tendo por base os itens apresentados podemos afirmar que as dores físicas podem justificar a fraca mobilidade de alguns dos idosos, mas também se conclui que os idosos sentem segurança e alguma energia para o seu dia-a-dia.

Por outro lado, obtivemos para o item Q15 “*Como avaliaria a sua mobilidade?*” um valor médio de 2,75 pontos com desvio padrão de 1,43 pontos, o que revela, em média, pouca mobilidade e grande dispersão de resultados.

Quanto aos itens de satisfação: Q17 “*Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?*” e Q18 “*Até que ponto está satisfeito com a sua capacidade de trabalho?*”, obtivemos valores médios de 3,21 e 3,06 pontos, respetivamente, o que revela que os idosos se sentem nem pouco nem muito satisfeitos.

2.5.Fatores da escala WHOQOL-BREF

. Na tabela 4 apresentamos os resultados da escala da Qualidade de Vida

Tabela 4 - Caracterização dos fatores da escala

Fator	N	Alpha de Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Como avalia a sua qualidade de vida	71	--	1,00	5,00	3,45	0,86
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	71	--	1,00	5,00	3,17	0,97
Domínio Físico	71	0,870	1,57	5,00	3,18	0,80
Domínio Psicológico	71	0,840	2,00	5,00	3,40	0,72
Relações Sociais	71	0,498	2,33	4,67	3,69	0,43
Meio Ambiente	71	0,757	2,63	5,00	3,89	0,49

Pela análise da tabela anterior verificamos que a consistência interna é boa nos domínios Físico e Psicológico e razoável no Meio Ambiente (α Cronbach $>0,7$) e no domínio das Relações Sociais a consistência interna é fraca (α de Cronbach $<0,6$). Verificamos que a qualidade de vida e a satisfação com a saúde é, em termos médios, moderada, pois os valores médios estão acima de 3, mas nunca ultrapassam o valor 4. Analogamente, verificamos que a satisfação sentida pelos inquiridos em relação aos domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente é, em termos médios, moderada. Registemos que em todos os domínios em análise a dispersão de respostas é relativamente baixa.

2.6. Correlação entre os fatores da WHOQOL-BREF

Na tabela 5 encontramos os coeficientes de correlação de Pearson. A correlação mede o grau de intensidade da relação entre duas variáveis: inferior a 0,40 significa correlação fraca, de 0,40 a 0,70 significa correlação moderada, de 0,70 a 0,90 correlação forte e acima de 0,90 correlação muito forte.

Tabela 5 - Correlação entre fatores da escala

	Qualidade Vida	Satisfação Saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Qualidade Vida	1	0,644**	0,609**	0,687**	0,543**	0,524**
Satisfação Saúde		1	0,675**	0,634**	0,409**	0,540**
Domínio Físico			1	0,798**	0,511**	0,776**
Domínio Psicológico				1	0,540**	0,807**
Relações Sociais					1	0,554**
Meio Ambiente						1

*Significância a 5%; **Significância a 1%;

Pela análise da tabela anterior verificamos que os coeficientes de correlação entre fatores da escala da qualidade de vida são todos positivos e estatisticamente significativos. Assim sendo, podemos concluir que melhores resultados num domínio conduz a melhores resultados noutro domínio. De modo a exemplificar tais relações destacam-se os coeficientes de correlação que revelam intensidade mais forte entre Domínio Físico e Meio Ambiente ($r=0,776$); Domínio Físico e Domínio Psicológico ($r=0,798$) e Domínio Psicológico e Meio Ambiente ($r=0,807$).

2.7. Correlação entre os fatores da escala e as variáveis sociodemográficas

e clínicas

Nas tabelas que se seguem são apresentados os resultados obtidos para os fatores da escala em função das características dos indivíduos da amostra: instituição (Tabela 6), género (Tabela 7), idade (Tabela 8), habilitações literárias (Tabela 9), tempo da doença (Tabela 10) e patologia (tabela 11).

Tabela 6 - Caracterização dos fatores da escala em função da instituição

Variável	Instituição	n	Média	Desvio padrão	Estatística Teste ¹	Valor prova
Qualidade Vida	Miranda - UCC	21	3,19	0,51	-1,802	0,072
	Vinhais - LSCM	50	3,56	0,95		
Satisfação Saúde	Miranda - UCC	21	2,62	0,67	-3,328	0,001**
	Vinhais - LSCM	50	3,40	0,99		
Domínio Físico	Miranda - UCC	21	2,72	0,38	-3,235	0,001**
	Vinhais - LSCM	50	3,38	0,85		
Domínio Psicológico	Miranda - UCC	21	2,97	0,41	-3,045	0,002**
	Vinhais - LSCM	50	3,58	0,75		
Relações Sociais	Miranda - UCC	21	3,68	0,34	-0,078	0,938
	Vinhais - LSCM	50	3,70	0,47		
Meio Ambiente	Miranda - UCC	21	3,60	0,17	-3,768	0,000**
	Vinhais - LSCM	50	4,01	0,52		

¹ - aplicou-se teste não paramétrico Mann-Whitney; *Significância a 5%; **Significância a 1%;

Pela análise da tabela concluímos que, em termos médios, os inquiridos institucionalizados na Santa Casa de Misericórdia estão em todas as facetas da escala mais satisfeitos que os inquiridos da Unidade de Cuidados Continuados. De forma a detetar a existência de diferenças significativas entre os resultados recorreremos ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* em todos os casos, dado que não foi verificada a condição de normalidade das variáveis (Anexo V).

Pelo referido teste concluímos, a um nível de significância de 1%, que existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre os utentes das diferentes instituições são significativas nas facetas: Satisfação Saúde, Domínio Físico, Domínio Psicológico e Meio Ambiente.

Tabela 7 - Caracterização dos fatores da escala em função do género

Variável	Género	n	Média	Desvio padrão	Estatística Teste ¹	Valor prova
Qualidade Vida	Masculino	32	3,28	0,81	-1,521	0,133
	Feminino	39	3,59	0,88		
Satisfação Saúde	Masculino	32	3,09	0,99	-0,589	0,558
	Feminino	39	3,23	0,96		
Domínio Físico	Masculino	32	3,27	0,85	0,854	0,396
	Feminino	39	3,11	0,76		
Domínio Psicológico	Masculino	32	3,32	0,75	-0,801	0,426
	Feminino	39	3,46	0,71		
Relações Sociais	Masculino	32	3,70	0,49	0,054	0,957
	Feminino	39	3,70	0,39		
Meio Ambiente	Masculino	32	3,89	0,58	0,024	0,981
	Feminino	39	3,89	0,40		

¹ - aplicou-se teste paramétrico t; *Significância a 5%; **Significância a 1%;

Pela análise dos resultados obtidos e apresentados na tabela concluímos que, em termos médios, os inquiridos do género feminino apresentam qualidade de vida ligeiramente superior ou idêntica aos do sexo masculino, em todas as vertentes da escala.

De forma a detetar a existência de diferenças significativas entre os resultados, recorremos ao teste paramétrico t em todos os casos, dado que as amostras são de grande dimensão. Pelo referido teste concluímos que, a um nível de significância de 5%, não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre géneros sejam significativas.

Tabela 8- Caracterização dos fatores da escala em função da faixa etária

Variável	Idade	n	Média	Desvio padrão	Estatística Teste	Valor prova
Qualidade Vida	Até 70 anos	9	4,11	0,78	7,158 ¹	0,067
	De 70 a 80 anos	16	3,38	0,81		
	De 80 a 90 anos	37	3,30	0,91		
	Mais de 90 anos	9	3,56	0,53		
Satisfação Saúde	Até 70 anos	9	3,78	0,97	1,977 ²	0,126
	De 70 a 80 anos	16	2,94	0,93		
	De 80 a 90 anos	37	3,05	0,99		
	Mais de 90 anos	9	3,44	0,73		
Domínio Físico	Até 70 anos	9	3,65	0,78	1,338 ²	0,270
	De 70 a 80 anos	16	3,08	0,80		
	De 80 a 90 anos	37	3,09	0,78		
	Mais de 90 anos	9	3,27	0,82		
Domínio Psicológico	Até 70 anos	9	3,80	0,70	1,037 ²	0,382
	De 70 a 80 anos	16	3,34	0,75		
	De 80 a 90 anos	37	3,34	0,75		
	Mais de 90 anos	9	3,35	0,57		
Relações Sociais	Até 70 anos	9	3,85	0,38	1,212 ²	0,312
	De 70 a 80 anos	16	3,58	0,49		
	De 80 a 90 anos	37	3,67	0,43		
	Mais de 90 anos	9	3,85	0,34		
Meio Ambiente	Até 70 anos	9	4,06	0,42	0,477 ²	0,700
	De 70 a 80 anos	16	3,81	0,50		
	De 80 a 90 anos	37	3,88	0,50		
	Mais de 90 anos	9	3,89	0,51		

¹ - aplicou-se teste não paramétrico Kruskal-Wallis; ² - aplicou-se o teste paramétrico Anova (condições de aplicabilidade verificadas); *Significância a 5%; **Significância a 1%;

Pela análise da tabela verificamos que, em termos médios, os utentes que registaram melhor qualidade de vida em todas as facetas da escala são aqueles que têm idade até 70 anos.

De referir que os utentes com idade superior a 90 anos são os que apresentam os segundos melhores resultados em termos de qualidade de vida em todas as facetas da escala. De forma a detetar a existência de diferenças significativas entre os resultados recorremos ao teste paramétrico Anova em todos os casos, com exceção da Qualidade de vida onde se recorreu ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, pois a condição de normalidade dos resíduos não foi verificada (ver Anexo V).

Pelos referidos testes concluímos, a um nível de significância de 5%, que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre as faixas etárias sejam significativas. De modo geral podemos afirmar que a idade não apresenta influência significativa na qualidade de vida apercebida.

Tabela 9 - Caracterização dos fatores da escala em função das habilitações literárias

Variável	Habilitações	n	Média	Desvio padrão	Estatística Teste	Valor prova
Qualidade Vida	Não sabe ler nem escrever	19	3,79	0,71	6,970 ¹	0,073
	Sabe ler e/ou escrever	12	3,25	0,97		
	1º Ciclo	34	3,29	0,80		
	2º Ciclo	5	4,00	1,00		
Satisfação Saúde	Não sabe ler nem escrever	19	3,58	0,96	8,195 ¹	0,042*
	Sabe ler e/ou escrever	12	3,08	1,08		
	1º Ciclo	34	2,91	0,83		
	2º Ciclo	5	3,80	1,10		
Domínio Físico	Não sabe ler nem escrever	19	3,36	0,72	4,700 ²	0,005**
	Sabe ler e/ou escrever	12	3,37	0,92		
	1º Ciclo	34	2,90	0,66		
	2º Ciclo	5	4,09	0,89		
Domínio Psicológico	Não sabe ler nem escrever	19	3,63	0,55	3,288 ²	0,026*
	Sabe ler e/ou escrever	12	3,34	0,89		
	1º Ciclo	34	3,23	0,66		
	2º Ciclo	5	4,10	0,61		
Relações Sociais	Não sabe ler nem escrever	19	3,74	0,47	2,392 ²	0,076
	Sabe ler e/ou escrever	12	3,56	0,50		
	1º Ciclo	34	3,68	0,35		
	2º Ciclo	5	4,13	0,38		
Meio Ambiente	Não sabe ler nem escrever	19	3,88	0,39	7,278 ¹	0,064
	Sabe ler e/ou escrever	12	3,93	0,70		
	1º Ciclo	34	3,81	0,40		
	2º Ciclo	5	4,48	0,49		

¹ - aplicou-se teste não paramétrico Kruskal-Wallis; ² - aplicou-se o teste paramétrico Anova (condições de aplicabilidade verificadas); *Significância a 5%; **Significância a 1%;

Pela análise da tabela 9 verificamos que, em termos médios, os utentes que registaram melhor qualidade de vida em todas as facetas da escala são aqueles que possuem o 2º ciclo de escolaridade, seguindo-se, com exceção dos domínios físico e meio ambiente, os utentes que não sabem ler nem escrever. De referir que no domínio físico os valores médios são muito próximos entre os utentes que não sabem ler nem escrever e os utentes que sabem ler e/ou escrever. Por outro lado, neste domínio e também na satisfação com a saúde, os utentes com o 1º ciclo concluído são aqueles que apresentam menor valor médio e também menor dispersão.

De forma a detetar a existência de diferenças significativas entre os resultados recorremos ao teste paramétrico Anova nas facetas: Domínio Físico, Domínio Psicológico e Relações Sociais, nas restantes facetas recorremos ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, pois a condição de normalidade dos resíduos ou a condição de homogeneidade não foi verificada (Anexo V). Pelos referidos testes concluímos, a um nível de significância de 5%, que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre os utentes com diferentes habilitações sejam significativas nas facetas: Qualidade de Vida, Relações Sociais e Meio Ambiente. Nas restantes vertentes: Satisfação com a Saúde e Domínio Físico as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Podemos assim afirmar que os utentes com maior e menor escolaridade apresentam melhor qualidade de vida apercebida nestas facetas, comparativamente com os utentes que sabem ler e/ou escrever e os que concluíram o 1º ciclo de estudos.

Tabela 10 - Caracterização dos fatores da escala em função do tempo de doença

Variável	Tempo de doença	n	Média	Desvio padrão	Estatística Teste	Valor prova
Qualidade Vida	Até 1ano	19	3,21	0,53	2,188 ¹	0,534
	De 1 a 4 anos	13	3,08	0,86		
	De 4 a 8 anos	13	3,46	0,88		
	Mais de 8 anos	19	3,53	0,90		
Satisfação Saúde	Até 12 ano	19	2,84	0,76	2,386 ²	0,078
	De 1 a 4 anos	13	2,69	0,95		
	De 4 a 8 anos	13	3,23	1,09		
	Mais de 8 anos	19	3,42	0,77		
Domínio Físico	Até 1ano	19	2,79	0,39	10,475 ¹	0,015*
	De 1 a 4 anos	13	2,76	0,68		
	De 4 a 8 anos	13	3,02	0,73		
	Mais de 8 anos	19	3,46	0,68		
Domínio Psicológico	Até 1ano	19	3,01	0,46	3,923 ²	0,013*
	De 1 a 4 anos	13	3,18	0,62		
	De 4 a 8 anos	13	3,27	0,72		
	Mais de 8 anos	19	3,66	0,62		
Relações Sociais	Até 1ano	19	3,63	0,33	0,658 ²	0,581
	De 1 a 4 anos	13	3,54	0,37		
	De 4 a 8 anos	13	3,69	0,42		
	Mais de 8 anos	19	3,74	0,49		
Meio Ambiente	Até 1ano	19	3,65	0,14	12,124 ¹	0,007**
	De 1 a 4 anos	13	3,75	0,44		
	De 4 a 8 anos	13	3,80	0,54		
	Mais de 8 anos	19	4,10	0,50		

¹ - aplicou-se teste não paramétrico Kruskal-Wallis; ² - aplicou-se o teste paramétrico Anova (condições de aplicabilidade verificadas); *Significância a 5%; **Significância a 1%;

Pela análise da tabela 10 verificamos que, em termos médios, os utentes que registaram melhor qualidade de vida em todas as facetas da escala são aqueles que apresentam a doença há mais tempo.

De referir que os utentes doentes há mais de um ano e menos de quatro anos são os que apresentam menor qualidade de vida apercebida. De forma a detetar a existência de diferenças significativas entre os resultados recorreremos ao teste paramétrico Anova nas facetas: Satisfação Saúde, Domínio Psicológico e Relações Sociais, nas restantes facetas recorreremos ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, pois a condição de normalidade dos resíduos ou a condição de homogeneidade não foi verificada (Anexo V).

Pelos referidos testes concluímos, a um nível de significância de 5%, que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre os diferentes tempos de doença sejam significativas nas facetas: Qualidade de Vida, Satisfação com a Saúde e Relações Sociais. Nos restantes Domínios: Físico, Psicológico e Meio Ambiente, as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) pelo que se pode afirmar que os utentes que padecem da doença há mais tempo apresentam melhor qualidade de vida nos referidos domínios.

Na tabela seguinte (Tabela 11) encontramos a caracterização da escala em função do grupo da patologia. De referir que foi excluído um utente que apresentava patologia Epilepsia, pelo caso de ser apenas um registo neste tipo de patologia.

Tabela 11 - Caracterização dos fatores da escala em função do grupo de patologias

Variável	Patologia	n	Média	Desvio padrão	Estatística Teste	Valor prova
Qualidade Vida	Fratura fêmur	12	3,33	0,49	2,680 ¹	0,848
	DM	10	3,50	0,85		
	HTA	5	3,40	0,55		
	AVC	15	3,27	1,10		
	Úlceras	10	3,10	0,32		
	Parkinson	8	3,63	1,06		
	DPOC	5	3,20	0,84		
Satisfação Saúde	Fratura fêmur	12	3,17	0,72	1,737 ²	0,129*
	DM	10	3,60	1,26		
	HTA	5	3,20	0,84		
	AVC	15	2,73	0,80		
	Úlceras	10	2,60	0,70		
	Parkinson	8	3,50	1,06		
	DPOC	5	3,20	0,84		
Domínio Físico	Fratura fêmur	12	2,83	0,44	4,918 ²	0,000**
	DM	10	3,56	0,77		
	HTA	5	3,69	0,79		
	AVC	15	2,74	0,56		
	Úlceras	10	2,56	0,22		
	Parkinson	8	3,39	0,70		
	DPOC	5	3,29	0,66		
Domínio Psicológico	Fratura fêmur	12	3,25	0,62	7,972 ¹	0,240
	DM	10	3,63	0,78		
	HTA	5	3,63	0,55		
	AVC	15	3,22	0,60		
	Úlceras	10	2,93	0,14		
	Parkinson	8	3,29	0,82		
	DPOC	5	3,33	0,67		
Relações Sociais	Fratura fêmur	12	3,56	0,33	1,336 ²	0,256
	DM	10	3,77	0,32		
	HTA	5	3,80	0,30		
	AVC	15	3,49	0,53		
	Úlceras	10	3,70	0,33		
	Parkinson	8	3,71	0,49		
	DPOC	5	3,80	0,38		
Meio Ambiente	Fratura fêmur	12	3,86	0,38	2,476 ²	0,034*
	DM	10	3,93	0,58		
	HTA	5	4,13	0,48		
	AVC	15	3,63	0,34		
	Úlceras	10	3,56	0,09		
	Parkinson	8	4,06	0,42		
	DPOC	5	4,03	0,57		

¹ - aplicou-se teste não paramétrico Kruskal-Wallis; ² - aplicou-se o teste paramétrico Anova (condições de aplicabilidade verificadas); *Significância a 5%; **Significância a 1%;

Pela análise da tabela anterior verificamos que, em termos médios, os utentes que registaram melhores resultados são os que apresentam como patologias DM, HTA ou Parkinson. Nos domínios: Qualidade de Vida, Satisfação com a Saúde e Meio Ambiente são os utentes com DM ou Parkinson que apresentam os valores médios mais elevados, nas restantes facetas são os utentes com DM ou HTA que registam melhores resultados. Por outro lado, em todas as facetas da escala são os doentes com patologia Úlceras de Pressão que apresentam os valores médios mais baixos, ou seja, são estes utentes que manifestam menor qualidade de vida apercebida. De forma a detetar a existência de diferenças significativas entre os resultados recorremos ao teste paramétrico Anova nas facetas: Satisfação com a Saúde, Domínio Físico, Relações Sociais e Meio Ambiente, nas restantes facetas recorremos ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, pois a condição de normalidade dos resíduos ou a condição de homogeneidade não foi verificada (Anexo V).

Pelos referidos testes concluímos, a um nível de significância de 5%, que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre os utentes com diferentes patologias sejam significativas nas facetas: Qualidade de Vida, Domínio Psicológico e Relações Sociais.

Nas restantes vertentes: Satisfação com a Saúde, Domínio Físico e Meio Ambiente as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Podemos assim afirmar que os utentes com Úlceras de Pressão apresentam menor qualidade de vida apercebida nestas facetas e os utentes com DM ou HTA apresentam melhor qualidade de vida apercebida.

CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO

1-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com os avanços da medicina ao longo dos anos e com todos os progressos científicos e sociais alcançados, hoje em dia assistimos a um aumento da longevidade e portanto a um processo acentuado de envelhecimento da população e incremento das doenças crônicas. Verifica-se que o crescente recurso à institucionalização tem surgido como meio de resolução de problemas dos idosos, revelando ser um aspeto preocupante para a população em geral, mas mais concretamente para os próprios idosos que nesta fase vital se vêm confrontados com uma modificação profunda da sua condição de vida, associada aos défices inerentes ao processo de envelhecimento.

O contexto e as circunstâncias em que as pessoas idosas vivem são fatores importantes e que podem determinar o grau de qualidade de vida. Claro que a busca de uma boa qualidade de vida, especialmente nos anos de vida mais avançados, é um dos principais objetivos do Ser Humano. Assim sendo, de modo a reconhecer a importância da QdV nos idosos, a presente investigação teve como objetivo avaliar a QdV da pessoa idosa institucionalizada, verificar diferenças na QdV de idosos em duas diferentes tipologias de institucionalização e ainda identificar alguns fatores sociodemográficos e clínicos que possam influenciar a QdV. Os resultados encontrados no estudo e que visam dar resposta aos objetivos definidos serão, de seguida, objeto de reflexão.

No presente estudo, no que concerne à QdV sentida pelos idosos institucionalizados, verificamos que a qualidade de vida e a satisfação com a saúde é, em termos médios, moderada, pois os valores médios encontrados estão acima de 3, mas nunca ultrapassam o valor 4. Analogamente, verificamos que a satisfação sentida pelos inquiridos em relação aos domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente é, em termos médios, moderada. Também Nikpour et al (2007) e Martins et al (2007) nos seus estudos concluíram que em todos os domínios da escala, a QdV e a satisfação com a saúde é moderada. Os valores médios encontrados na presente investigação mostram que, no geral, há satisfação nos subdomínios da qualidade de vida. Assim sendo, a maioria dos inquiridos revela estar satisfeito com a sua qualidade de vida no geral, bem como com a sua saúde. A baixa satisfação verificada no subdomínio físico, provavelmente deve-se à perda de autonomia dos idosos. Estes resultados vão de encontro ao referido por Paúl (1991) que refere que a saúde física é crucial para o estado de felicidade, pois a ausência de saúde fomenta sofrimento e quebra o bem-estar. A doença física mobiliza as capacidades de coping para a recuperação, evidencia todos os recursos existentes para ultrapassar essa dificuldade, sendo estas situações mais deterioráveis quanto mais avançada for a idade.

Alguns autores Figueiró e Cosentino (2006) são consensuais ao referir que a presença de dor tem implicações ao nível da qualidade de vida da pessoa idosa, pois a qualidade de vida a nível físico passa pela qualidade de saúde e autonomia, capacidades residentes para a realização das atividades diárias (AVD's), visto ser uma das variáveis básicas para a satisfação e qualidade de vida da pessoa.

Neste estudo a amostra é constituída maioritariamente por mulheres (54,9%), com idade média de 81,97 anos, mas não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre géneros sejam significativas. De facto, na atualidade, verifica-se que a esperança média de vida é superior para as mulheres. Segundo Fontaine (2000) estima-se que aos 70 anos, haja cerca de 6 mulheres para 5 homens e, aos 80 anos, essa razão passa de 4 para 1. O Instituto Nacional de Estatística, nos Censos 2011, mencionou que o número de pessoas com 65 ou mais anos é de 19%, estimando que em 2050 tal voltará a acontecer, esperando-se que a população idosa atinja os 32% da população total.

No que concerne à caracterização do estado de saúde da amostra, 93,0% dos idosos encontram-se atualmente doentes, verificando-se que os inquiridos do género feminino apresentam qualidade de vida ligeiramente superior ou idêntica aos do sexo masculino, em todas as vertentes da escala. Os estudos de Paschoal (2000) referem o oposto, em que as mulheres têm tendência a possuir pior qualidade de vida, por serem mais velhas, mais doentes, mais pobres e isoladas. Também Fernandez-Ballesteros (2000), Pereira et al. (2006), Sprangers (2000), Barreto (2004), Pino (2003), Nikpour et al. (2007) e Mwanyangala et al (2010) referem que o sexo feminino apresenta menor QdV que o sexo masculino porque as mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais.

Ainda no que se refere à faixa etária dos indivíduos entrevistados neste estudo, a qualidade de vida, no geral, piora com a idade até aos 85 anos. Apesar de, com o avançar da idade, existir maior probabilidade de surgirem problemas de saúde e maior dependência nas AVD's, pois a qualidade de vida diminui com a idade (Almeida, 2008), podemos pensar que tais resultados encontrados nos idosos com idade avançada se devem de alguma forma à adaptação às alterações ocorridas com o avançar da idade e à sua vida na instituição. Fonseca (2005) apoia estes resultados, referindo existir uma diminuição na satisfação com a qualidade de vida, mais evidente nos indivíduos com mais de 75 anos, indicando que será uma série de fatores, ligados ao decurso normal do processo de envelhecimento, que acabam por condicionar a satisfação com a qualidade

de vida. No nosso estudo também verificamos que nos idosos com mais de 90 anos a satisfação com a qualidade de vida melhora. Contudo, o autor Pimenta (2008) refere que são os idosos com idade mais avançada que possuem uma melhor QdV. Os indivíduos mais velhos, normalmente possuem menor qualidade de vida em relação aos indivíduos mais jovens, dados apurados pelos estudos de Silva (2005); Pimentel (2003); Barros (2003); Amorim (2007); Anes e Ferreira (2009); Oliveira (2009), referem-nos que a qualidade de vida diminui significativamente com o aumento da idade. Os utentes que registaram melhor qualidade de vida em todas as facetas da escala são aqueles que apresentam a doença há mais tempo. Pinho (2005) refere que, a cultura, o estilo de vida e o modo como se envelhece apresenta repercussões na qualidade de vida. Nos seus estudos Martins et al (2007) referem que os idosos que apresentam a doença há mais tempo são os que possuem melhor QdV. Brissos (1990) considera que apesar de o envelhecimento ser um destino biológico do homem, é vivido de forma variável consoante o contexto em que se insere. O contexto social em que o indivíduo envelhece, determina se o processo de envelhecimento é uma experiência positiva ou negativa. Porém, o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada atuação por parte da sociedade.

O crescente número de idosos na sociedade tem despertado o interesse para as questões sociais relacionadas com o envelhecimento. Realçamos que algumas das características da velhice podem fazer com que os idosos se tornem mais suscetíveis ao uso de medidas que possam vir a influenciar negativamente a sua qualidade de vida. Assim, Zimmerman (2000), refere que a estimulação é a maneira mais eficaz de fazer com que o idoso tenha qualidade de vida, a aceitação e a inserção na família e na sociedade: “Estimular, entre outras coisas, quer dizer excitar, incitar, instigar, ativar, animar, encorajar” (p.133). A autora refere ainda que estimular é também criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividade. A estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições.

No que diz respeito à escolaridade, verifica-se que a maioria dos inquiridos tem apenas o 1º ciclo (47,9%), existindo ainda muitos idosos sem escolaridade, o que está em conformidade com os dados dos Censos 2011, onde referem que a população mais idosa atualmente possui um dos mais baixos níveis de escolaridade.

Os idosos que registaram melhor QdV em todas as facetas da escala são aqueles que possuem o 2º ciclo de escolaridade, seguindo-se, com exceção do domínio físico e meio ambiente, os idosos que não sabem ler nem escrever. Concluímos que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que as diferenças observadas entre os utentes com diferentes habilitações sejam significativas nas facetas: Qualidade de Vida, Relações Sociais e Meio Ambiente. Nas restantes vertentes: Satisfação com a Saúde e Domínio Físico as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Podemos assim afirmar que os utentes com maior e menor escolaridade apresentam melhor qualidade de vida apercebida nestas facetas, comparativamente com os utentes que sabem ler e/ou escrever e os que concluíram o 1º ciclo. Diferentes níveis de escolaridade estão associados a diferentes valores, normas, hábitos e atitudes, que contribuem para a explicação da maneira como cada pessoa contribui e percebe o seu estado de saúde (Santana & Vaz, 1999; Vintém, 2008). Segundo Nikpour et al (2007) e Paúl et al (2004) quanto maior pontuação nos domínios da escolaridade maior QdV. Sprangers (2000) menciona que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida.

Relativamente ao tipo de patologias verificamos que os utentes com Úlceras de Pressão apresentam menor qualidade de vida apercebida, enquanto os utentes com DM ou HTA apresentam melhor qualidade de vida. As úlceras de pressão são frequentes nas unidades de prestação de cuidados de saúde de longa duração, pois um dos fatores que mais marca o seu aparecimento é a idade. O envelhecimento surge por uma redução dos processos metabólicos, da velocidade de cicatrização e da vascularização, da espessura e elasticidade da pele e diminuição qualitativa e quantitativa do colagénio, pois as feridas cicatrizam mais rápido na criança do que no idoso (Dealey, 2006; Mota et al., 2010). Esta lesão é denominada como um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, pois leva a custos elevados, mas o que preocupa mais é que esta lesão provoca dor e sofrimento aos doentes e às suas famílias, o que leva a menor qualidade de vida dos indivíduos. Gorecki *et al.*, (2009) num estudo que realizou em Inglaterra refere que as úlceras de pressão têm um impacto significativo na qualidade de vida do doente com efeitos nocivos de ordem física, social, psicológica e de saúde em geral, além de causar tónus substancial ao portador desta lesão. Jaul (2008) no seu estudo refere que a diminuição da qualidade de vida dos utentes afetados resulta da dor, desconforto e isolamento.

Segundo Arbex (2009) a HTA, embora considerada entidade clínica, na maioria das vezes silenciosa, interfere negativamente na qualidade de vida dos seus portadores. Miranzi et al. (2008) ao avaliar a QdV dos idosos com DM e HTA constatou que os participantes apresentaram uma avaliação positiva para a QdV no geral e para os domínios da escala WHOQOL-Bref.

Verificamos ainda que os idosos mais satisfeitos são os residentes no lar comparativamente aos idosos da UCC, os quais revelam menor satisfação no domínio geral. As diferenças observadas entre os utentes das diferentes instituições são significativas nas facetas: Satisfação Saúde, Domínio Físico, Domínio Psicológico e Meio Ambiente. Como destaca Rogerson, (1995) a interpretação da avaliação global da qualidade de vida é um tanto difícil, uma vez que resultados semelhantes podem ser explicados por diferentes fatores. Para cada indivíduo, há uma forma de operacionalizar a sua avaliação, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida se pode modificar. Silva (2007) diz-nos que os idosos institucionalizados percecionam uma melhor QdV e maior satisfação relativamente ao apoio prestado pelas instituições e às condições físicas que estas proporcionam. Segundo Marques (1991), Mazza (2002) e Fernandes (1997), os idosos que residem em instituições mostram-se mais inativos, pessimistas, apáticos e possuem menor QdV e menor satisfação com a saúde.

Através do instrumento de recolha de dados WHOQOL-Bref verificamos neste estudo questões com aspetos positivos e negativos. Destacamos pela positiva "Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?"; "Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive?" e "Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?", pois são os itens em que os idosos da amostra revelam maior satisfação. Segundo Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra e Guedea (2006) a satisfação com a vida é maior nas pessoas que estão satisfeitas com o apoio que recebem. O mesmo autor refere que os idosos que recebem apoio institucional, emocional, ou funcional, percecionam, no entanto, melhor qualidade do ponto de vista das Relações Sociais. Ho, Matsubayashi e Wada (2003, cit. por Silva e Rezende, 2005) encontraram níveis de satisfação com a qualidade de vida mais elevados em idosos institucionalizados do que em idosos residentes na comunidade. Contrariamente Fernandes (1997) no seu estudo verificou que a institucionalização apresenta influência negativa na qualidade de vida. Mazza (2002) no seu estudo verificou que a institucionalização foi referida pelos idosos como maléfica.

Por outro lado, destacamos pela negativa as questões: “Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)?]”; “Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?” e “Até que ponto se consegue concentrar?”, pois revelam insatisfação pelos idosos. Como refere McCormack (2001) é um alerta para os profissionais, uma vez que a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios éticos centrais dos cuidados de saúde e de ação social aos idosos. Segundo a OMS, o ambiente físico em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Dessa forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir andando. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais suscetíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a qualidade de vida. Castellón & Pino (2003) nos seus estudos referem que os idosos com limitações no seu ambiente físico têm cinco vezes mais hipóteses de sofrerem depressão. Segundo O’Shea (2003), a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso.

Como destaca Néri (1993), quanto mais ativo o idoso, maior a sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida. De acordo com estudos realizados por Barkay e Tabak (2002) em instituições geriátricas, a manutenção ou recuperação da autonomia é um elemento essencial no contributo de uma maior satisfação com a vida, aumentando a participação social. Desta forma, parece existir uma relação direta em que a qualidade de vida melhora com um aumento da autonomia nas tarefas de vida diária.

Neste contexto cabe a toda a equipa multidisciplinar que lida com os idosos, assim como aos familiares, proporcionar-lhes uma melhor QdV, para que possam sentir-se mais íntegros, mais autónomos e independentes na realização das suas AVD’s.

A QdV é algo que se tornou importante nas últimas décadas, é um termo subjetivo que sofre influência de inúmeros fatores inerentes ao ser humano, como físico, mental e ambiental. Avaliar a qualidade de vida não é tarefa fácil, pois a ideia é complexa e difere conforme as culturas, a época, o indivíduo e até num mesmo indivíduo modifica-se com o tempo e as circunstâncias, o que hoje é boa qualidade de vida, pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo (Leal, 2008). Todo o Ser Humano tem direito a usufruir de uma boa QdV, seja no seu domicílio ou em instituições.

Todos os dias nos deparamos que cada vez há mais idosos institucionalizados, pois os seus familiares não podem prestar-lhe os devidos cuidados, então estes recorrem á sua institucionalização, apresentando exigências em relação às condições de habitabilidade, visto estes querem passar os últimos anos com a melhor QdV possível. O cuidado com a pessoa idosa depende de uma rede ampla de assistência; porém, em muitas situações, a escassez dessa assistência leva o idoso a não se sentir bem na instituição (Romão 2002).

Deste modo, cabe aos prestadores de cuidados darem maior atenção à qualidade de vida dos pacientes, na busca de modificações, na abordagem terapêutica de maneira geral, pois o idoso tem que ser tratado como um todo.

2. CONCLUSÕES/PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Como já foi mencionado anteriormente o nosso país apresenta uma progressiva diminuição da taxa de mortalidade e de natalidade, levando a um envelhecimento progressivo da população. Simultaneamente verifica-se um aumento da esperança média de vida, o que exigiu uma reestruturação dos cuidados de saúde, de forma a dar uma resposta adequada às necessidades da sociedade do século XXI, marcada pelo envelhecimento e pelo alto potencial incapacitante da população. Não podemos ignorar que o envelhecimento populacional do nosso país é uma realidade, temos que ter em conta que o ambiente institucional desempenha um papel importante no processo de envelhecimento. Posteriormente vamos referir algumas conclusões do nosso estudo, bem como, alguns aspetos que poderiam ser melhorados para que os idosos institucionalizados em lares de terceira idade e UCC possam usufruir de uma boa qualidade de vida. Estamos conscientes que atingimos os objetivos inicialmente propostos, tendo em conta os resultados obtidos.

Concluímos que, relativamente à distribuição da amostra face ao género, dos 71 idosos entrevistados, a grande maioria pertence ao género feminino. De modo geral podemos afirmar que a idade não apresenta influência significativa na qualidade de vida apercebida, bem como o nível de escolaridade. No entanto, a maioria dos idosos têm o 1º ciclo, apresentando uma baixa literacia, o que pode interferir direta ou indiretamente, na sua interação com o outro. A necessidade de institucionalização implica um maior cuidado efetivo e adequado ao idoso, maior apoio e informação por parte da rede formal. Em média, os inquiridos classificam como bom o apoio recebido das outras pessoas, mas por outro lado, admitem que a qualidade de vida e a satisfação com a saúde é, em termos médios moderada. Os coeficientes de correlação entre fatores da escala da qualidade de vida são todos positivos e estatisticamente significativos. Assim sendo, podemos concluir que melhores resultados num domínio conduz a melhores resultados noutro domínio. Em termos médios, os inquiridos institucionalizados no lar estão, em todas as facetas da escala, mais satisfeitos que os inquiridos da Unidade de Cuidados Continuados.

Verificamos, que à medida que a idade avança a QdV diminui, pois com o avançar da idade, existe uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das atividades da vida diária, mais isolamento e

solidão. Podemos dizer que não ficamos surpresos com o resultado que os idosos apresentam em relação a sua qualidade de vida em contexto de institucionalização, pois estes apontam no geral uma boa qualidade de vida apercebida em todos os domínios, indo de encontro a literatura que serviu de base a esta investigação que indicou que uma boa institucionalização leva a uma melhor qualidade de vida dos idosos. Apuramos que a institucionalização do idoso muitas vezes acontece porque o cônjuge não pode cuidar, por motivo de doença, idade avançada e ele também precisar de cuidados, o que leva a responsabilidade de cuidar, recaindo habitualmente sobre os familiares mais próximos.

Para dar resposta as necessidades dos idosos o atual modelo de cuidados continuados integrados apresenta ações mais próximas do cuidador informal e do idoso dependente, capazes de responder às suas necessidades, prevenindo e reduzindo as incapacidades. Temos que ter noção que a nossa realidade em relação aos cuidados de saúde estão direcionados para o cuidar e não só para o curar, pois todos os indivíduos têm direitos a cuidados médicos necessários para o seu bem-estar.

O presente estudo possibilitou-nos aprender um pouco mais acerca do processo do cuidar, levando-nos à reflexão da realidade que muitas vezes apresenta-se como desconhecida pela própria sociedade. A nossa sociedade em geral aponta as instituições como algo pejorativo, porque nem sempre apresentam condições adequadas para promoverem um envelhecimento com qualidade de vida. Nos dias de hoje, a institucionalização deverá permitir a integração dos idosos e disponibilizar redes de apoio social, proporcionando-lhes uma satisfação do bem-estar bem como melhor qualidade de vida, não só ao nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como ao nível das interações. É fundamental que os idosos se sintam bem na instituição, levando-os a uma autoestima mais elevada, assim como, melhorar a sua interação e a aquisição de papéis.

Para que se sintam ativos, autónomos e de alguma forma participativos, é importante realçar que as atividades recreativas são importantes na instituição. Para os idosos passarem melhor o tempo e se sentirem ocupados na instituição é fundamental a promoção da vertente lúdica e recreativa, considerando iniciativas que estimulem a criatividade, bem como atividades físicas. Ao nível lúdico, os idosos nas instituições podem fazer uma série de coisas para se sentirem ocupados, tais como: jogar as cartas, pintar, escrever, cantar, jardinagem, leitura, rezar o terço e assistir à missa, fazer jogos tradicionais entre outros, pois é através da participação em atividades que eles se sentem mais incluídos na sociedade.

Os animadores sócio culturais ajudam muito na dinamização e na integração dos idosos, pois cabe-lhe a eles promover e avaliar atividades de caráter educativo, cultural, social, desportivo, lúdico, e recreativo, tendo em conta o serviço em que está integrado e as necessidades do grupo e dos indivíduos, com vista a melhorar a qualidade de vida e a qualidade da sua inserção e interação social. Existem uma série de atividades que poderiam ser realizadas com os idosos que se encontrassem independentes uma delas era o incentivo à visita de museus, espaços livres, bibliotecas, ida ao cinema, caminhadas, teatro, passeios, viagens de turismo senior, pois eles gostam de aprender e ver coisas novas.

Os idosos através da sua sabedoria também poderiam transmitir os seus conhecimentos e vivências aos funcionários, aos utentes residentes e não residentes, aos técnicos e a toda a comunidade em geral, através de pequenos workshops definindo os contos tradicionais, lendas, histórias de vida, anedotas, ensinamentos de vida, etc. Também poderiam ser criados grupos de voluntariado para os idosos comunicarem, desabafarem, passarem melhor o tempo, porque nem sempre o funcionário tem disponibilidade para dialogar, pois os idosos gostam muito de se exprimir, pois muitas das vezes é mais fácil falarem com um voluntário do que propriamente com o funcionário ou técnico, sentindo-se mais a vontade. O voluntariado era essencial porque existem muitos idosos que não têm visitas de nenhum familiar ou amigo, assim sempre conversavam e sentiam que tinham alguém com quem contar, ou seja, sentiam apoio e confiança no indivíduo. Os idosos institucionalizados deveriam ter acesso às novas tecnologias (Internet e Telemóvel) para poderem contactar com os seus familiares, amigos e vizinhos, entre outros, para minimizarem saudades dos seus entes queridos e ainda, através da sua utilização, promoviam a estimulação de capacidades intelectuais e cognitivas, adquirindo novas aprendizagens.

Muitas vezes os idosos podem sentir-se desorientados na instituição, pelo que deveriam ser colocadas placas com letras maiúsculas ou cores com indicações dos andares, setores, números de quartos bem como o seu nome nas portas. Ao nível de privacidade, o idoso independente que se encontra num quarto individual deveria ter acesso à chave do mesmo, de forma a sentir-se mais autónomo, usufruindo de um espaço só seu, podendo decorá-lo a seu gosto, levando-o assim a sentir-se mais em casa, proporcionando-lhe a privacidade de que necessita. No idoso que partilha quarto coletivo torna-se mais difícil obter a mesma privacidade, mas tem o mesmo direito a fazer a decoração que entender para se sentir melhor consigo próprio.

Todos os idosos que apresentassem lucidez deveriam ter acesso a escolher como queriam a personalização e decoração do seu quarto, assim como o mobiliário, objetos pessoais a seu gosto, pois dessa forma sentir-se-iam num ambiente mais acolhedor, lembrando-lhes a sua casa, o seu meio.

Nas instituições toda a equipa técnica deve proporcionar às pessoas idosas vários saberes e experiências que podem influenciar a sua qualidade de vida. Os funcionários têm muita importância para os idosos, mas estes têm que ter noção de que a sua formação contínua é fundamental, pois com a aquisição de conhecimentos melhoram-se as práticas relacionadas com o processo de envelhecimento.

Sendo o envelhecer um processo inevitável, é impensável a tentativa de o anular. Devemos ter em mente que não é justo nem válido desvalorizar os idosos, pois todos os seres humanos têm de aprender a ver o idoso não como um “estorvo”, mas sim como um ser valioso, único nas suas experiências e histórias de vida.

Neste estudo deparamo-nos com algumas dificuldades e limitações. É de realçar que somos principiantes na área de investigação e que se trata de um trabalho académico, não menosprezando por isso a vontade de as tentar ultrapassar e obter mais conhecimentos neste tema, valorizando assim a aprendizagem alcançada. Com uma amostra reduzida corremos alguns riscos, nomeadamente a presença de *outliers* que podem influenciar os resultados e ainda inviabiliza uma série de testes estatísticos que se poderiam realizar com amostras maiores, de modo a melhorar a confiança nos resultados obtidos. Como a investigação decorreu num curto espaço de tempo, a existência do suporte teórico pode ser considerado diminuto, não permitindo por vezes a realização de análises mais aprofundadas do tema em questão, assim como uma procura mais eficaz de bibliografia recente. Até a data, em Portugal, o objeto deste estudo revela-se pouco explorado, pelo que salientamos a importância de lhe dar continuidade através de outros estudos que a complementem, bem como melhorar certos aspetos que estão em déficit na presente investigação, nomeadamente, aumentar a população alvo/amostra.

Sendo a nossa formação de Licenciatura a Fisioterapia, não poderíamos deixar de mencionar a importância deste estudo para a melhoria da nossa prática, no cuidado ao idoso. Ao longo do processo de envelhecimento, as capacidades de adaptação do ser humano vão diminuindo, tornando-o cada vez mais sensível ao meio que o rodeia. Desta forma, o papel do Fisioterapeuta é crucial nas instituições, pois estes devem tratar/reabilitar os idosos, visando preservar, manter, restaurar ou desenvolver funções

nas áreas motoras, sensoriais, cognitivas, psíquicas ou sociais, proporcionando-lhe assim melhor qualidade de vida. Os idosos da SCMV realizam 3 vezes por semana aulas de Ginástica, para satisfazer as necessidades dos idosos que apresentam alterações leves ou moderadas de mobilidade, para se manterem mais ativos e para melhorarem a sua postura e boa condição física. Desta forma, previnem-se as doenças, como as alterações ósseas (osteoporose), articulares (artroses), musculares (perda de força, desequilíbrios). Com o intuito de prevenir estas doenças e proporcionar mais QdV aos idosos, foi solicitada autorização ao Sr. Provedor da SCMV, para a realização de aulas de hidroginástica e hidroterapia uma vez por semana, nas piscinas municipais, com os idosos desse lar onde foi realizado o estudo.

Além dos Lares e das UCCI como respostas sociais adequadas, temos que ter em mente outra resposta social que é fundamental não esquecer, a família, pois é importante que as famílias não se desresponsabilizem e percebam qual o nível de intervenção que elas apresentam neste processo. Pertence-nos valorizar as famílias cuidadoras que muitas vezes trabalham de forma árdua, sendo agentes fundamentais no cuidar dos idosos, beneficiando estes e ao mesmo tempo a sociedade. Para promover uma melhor qualidade de vida aos idosos, os profissionais de saúde tem responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, particularmente no apoio às famílias. Devemos ter a conceção que é nossa responsabilidade influenciar os processos de mudança inerentes ao maior conhecimento do Ser Humano.

Em suma, para a promoção da qualidade de vida dos idosos os dados obtidos ao longo desta investigação possibilitam abrir caminho a futuras investigações, perspetivando uma melhor compreensão da temática em estudo, cooperando para a implementação de estratégias e programas mais eficazes, no sentido de colaboração conjunta dos profissionais e cuidadores envolvidos nos cuidados aos idosos.

Por fim, conscientes de que o envelhecimento e a QdV são temas cada vez mais atuais e de importante relevância na vida da pessoa idosa e da sociedade em geral, e que a RNCCI é um exemplo claro de um recente investimento nesta área, num futuro próximo estimamos poder alargar este estudo a nível nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. ICBAS. Universidade do Porto.
- Amorim, M.I.S.P.L. (2007). *Para lá dos números... Aspectos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Anes, E. & Ferreira, P. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista de Portuguesa de Saúde Pública* (Vol. 8, pp. 67-82).
- Arbex FS, Almeida EA. (2009). *Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento*. Rev Bras Clin Med, (Vol. 5, pp. 339-42).
- Barreto, J. (2004). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual*, in Sociologia, Revista da Faculdade de Letras (Vol. 15, pp. 289-302).
- Barros, P.P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (Vol. 3, pp. 7-17).
- Barkay, A. & Tabak, N. (2002). *Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution*. International Journal of Nursing Practice. Nº 4, (Vol. 8, pp. 198-209).
- Bell, Judith (1989). *Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science*. 2. reimp. Milton Keynes, England: Open University Press (pp. 145).
- Berger, L. (1995). *Atitudes mitos e estereótipos*. in Berger, L. & Mailloux Poirier, D. Pessoas idosas – uma abordagem global. Lisboa: Lusodidática.
- Bisquerra, R.; Sarriera, J. C.; Martinez, F. (2004). *Introdução à Estatística*. Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Buss, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 5 (1), 163-177.

Branco, N. (2010). *Cuidados Continuados Integrados: Estudo de um caso*. Dissertação de Mestrado em Política Social. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/2978>

Brissos, A. (1990). *Envelhecimento: algumas considerações sob o ponto de vista sociológico*. Servir, n.º 40 (1), (pp. 16-31).

Cabete, D. (1999). Cuidados Continuados e Continuidade de Cuidados. In Costa, M. et al (Ed.), *O Idoso: problemas e realidades*. Lisboa: Formasau.

Campolina, A. G. & Ciconelli, R. M. (2006). *Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde*. Revista Panamericana de Salud Pública /Pan American Journal of Public Health, 19(2), 128-136.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M.J., Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clinica*, 27 (1), (pp. 15-23).

Canavarro, M. C., Serra, A. (s/d). (2010). Instrumento WOQOL-Bref, Procedimentos de administração do WHOQOL-Bref e procedimentos de pontuação do WHOQOL-Bref em SPSS, Manual do Utilizador e Sintaxe.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Coisas de Ler. Lisboa.

Carmo, H.; Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.

Castellon, Pino, A. (2003). *Calidad de vida en la atención al mayor*. Revista Multidisciplinar de Gerontologia (Vol. 13, pp. 188-192).

Cohen, L., Manion, L. (1990). *Research methods in education*. New York: Routledge.

Couvreur, C. (1999). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Lusociência. Loures.

Constituição da República Portuguesa (2009). Anotada, vol.1, Coimbra Editora.

Cruz, E. B. L. (2001) – *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Sócio Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

Dancey, Christine & Reidy, John. (2006). *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. Porto Alegre, Artmed.

Dealey, C. (2006). *Tratamento de Feridas - Guia para Enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores.

Decreto - Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006. Lisboa Portugal. Consultado em 24 de Fevereiro de 2011.

Dias, A. e Santana, S. (2009). *Integrated care: new paradigms in health care*. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, 8 (1), 12-20.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras. Celta Editora.

Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Porto, Universidade Portucalense. Disponível em <http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/360/1/TME%20434%20tese.pdf>

Fernández-Ballesteros. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Figueiró, J. A. B., & Consentino, R. C. M. (2006). Dor crónica e envelhecimento. In E.T. C. Filho, & M. P. Netto, *Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica* (2ª ed. pp.677-684). São Paulo: Atheneu.

Fleck, M.A. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (“WHOQOL-100”) *Revista Brasileira de Psiquiatria*, S. Paulo (Vol. 21, pp. 19-21).

Fleck, Marcelo Pio de Almeida, LEAL, Ondina Fachel, LOUZADA, Sérgio (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de

vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL -100). Revista Brasileira de Psiquiatria (Vol. 21, n.º 1).

Fonseca, A. M., Paul, C., Martim, I. e Amado, J. (2005). *Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal*. Em C. Paúl e A. Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Climepsi. Lisboa.

Fonseca. (2008). *Imigração, diversidade e novas paisagens étnicas e culturais*. in Lages, M.; Matos, A. T. (Coord.). 2009. Portugal: percursos de interculturalidade.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores. Lisboa.

Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação: da concepção à realização* (3ªed.) Lusociência. Loures.

Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., Defloor, T., (2009). *Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review*. Journal of the American Geriatrics Society, (Vol.57 (7), pp.1175–83).

Guedea, M. T. D., Albuquerque, J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J.A.V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). *Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos*. Psicologia: Reflexão e Crítica (Vol. 19(2), pp.301- 308).

Guerreiro, I. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido a Novembro 27, 2010, in: <http://www.rncci.min-saude.pt>.

Ho, H. K.; Matsubayashi, K.; Wada (2003) *Factors associated with ADL dependence: A comparative study of residential care home and community dwelling elderly in Japan*. Geriatrics & Gerontology International (Vol. 2, pp. 80-86).

Honoré, B. (2002) – *A saúde em projeto*. Loures: Lusociência.

Hortelão, António Pedro Santos. (2004). *Envelhecimento e qualidade de vida*. Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. Revista Servir (Vol. 52:3 (2004), pp. 119-128).

Hoyer, W. J. & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging*. New York: The McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. ISBN 978-989-25-0148-2.

Kalache, A. (2009). O envelhecimento e a cidade. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento* (pp. 215-229). Cascais: Principia.

Jacob, L. (2002). *Serviço para idosos* [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.

James, J. B. e Wink, P. (2006). The third age: a Rationale for research. *Em: Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 26, pp. xix-xxxii). Springer Publishing Company.

Jaul, E. (2008). *Prevention of pressure ulcers – review of the evidence*. Harefuah, 147 (10), 804-8.

Lai, K. L., Tzeng, R.J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L. e Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation* (Vol. 14 (4), pp. 1169-1180).

Latorre, A.; Del Rincon D. e Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona, Hurtado Ediciones.

Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado da Universidade dos Açores.

Lopes, M. A, Siedler, M. J. (2004) Actividade Física: agente de transformação dos idosos. *Texto & Contexto – A Enfermagem e o Envelhecer Humano*. Florianópolis: Papa- Livro (pp. 330-337).

Lopes, M. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: *Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro* (Relatório Preliminar). Évora.

Lucas, Fernando, & Pereira, Hélder. (2009). Gestão das IPSS com valências diversificadas: *Proposta de um modelo de referência de atuação estratégica dos dirigentes*. Disponível em: www.repositorioipsantarem.pt

Martin, D., & Boeck, K. (2002). *QE – O que é a Inteligência Emocional*. Lisboa: Pergaminho.

Martins, R (2007). *Exercício físico na pessoa idosa e indicadores de risco cardiovascular global*. Doutoramento em Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra.

Marques, H. (1991). Envelhecimento, Fisioterapia (Vol.2, pp. 5-14).

Mausner & Bahn (1999) Introdução à Epidemiologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian Lisboa.

Mazza, M. M. P. R. (2002). *Cuidar em família: Análise da representação social da relação cuidador familiar com o idoso*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado).

McCormack, B. (2001). *Autonomy and the relationship between nurses and older people*. Ageing Society (Vol. 21, pp. 417-446).

Mendonça José Alexandre. (2007). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crónicas*. Ver Ciência Médica (Campinas).

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Decreto-Lei n.º 47-A/2000 de 18 de Junho. Lisboa Portugal.

Molina, P. & Tarrés, P. (2008) *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*, 2º ed. Barcelona.

Mota, F. Oliveira, M. Marques, M. Bessa, M. Leite, B. & Silva, M. (2010). *Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso*. Revista Pesquisa (Vol.14, pp.833-838).

Mwanyangala, M. et al. (2010). Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global Health Action*, 2.

- Neri AL. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. e Freire, S.A. (2001). *E por falar em boa velhice*. São Paulo: Papirus.
- Nikpour, S.; Soola, A., Seiedoshohadeei, M.; Haghani, H. (2007). Relationship between quality of life and socio-demographic characteristics among older people in Tehran-Iran. *Middle Eastern Journal of Age and Ageing* (Vol. 4, pp. 24-28).
- Oliveira, R.& Orsini, M. (2009). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociência* (Vol.17, pp.255-262).
- Organização Mundial de Saúde. (1994) WHO- World Health Organisation (1994). Report of the WHOQOL Focus Group. WHO (MNH/psf/94) Geneva: WHO.
- Organização Mundial de Saúde. (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine* (Vol.41, pp.403-409).
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Mental health resources in the world: Initial results of Projet ATLAS*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet No 260, Abril 2001).
- O'Shea (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Paúl, C. (1991). *Panorama demográfico dos idosos em Portugal*. *Geriatrics*, n.º 38 (4). (pp. 21-26). Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. e Fonseca. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. 1º Edição. Climepsi Editores. Lisboa. ISBN 972-796-185-1.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2004). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Pais Ribeiro, J. L. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças*. *Análise Psicológica* (Vol. 21 (2), pp.387-397).

Pereira et al. (2006). Qualidade de vida global de idosos. *Revista Psiquiátrica RS*, 28 (Vol. 1 pp. 27-38).

Pimenta. (2008). *Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36*. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo (Vol. 54, n. 1, pp. 55-60).

Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família - contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pinho, M. M. N. (2005). *Análise do índice de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Lisboa: Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pollit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Artemed. Porto Alegre.

Pollit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. L. (2002). *Qualidade de vida e doença oncológica*. Territórios da psicologia oncológica. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lidel Edições. Lisboa.
- Rodrigues, S. M. L. (2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde. Universidade do Minho, Braga. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11489/1/tese.pdf>.
- Rogerson R. J. (1995). *Environmental and health related quality of life: conceptual and methodological* Rodrigues, C. L., Duarte, Y. A. O. & Lebrão, M. L. (2009). Género, sexualidade e envelhecimento. *Saúde coletiva*, Soc Sci Med (Vol. 41 (10), pp.1373-82).
- Romão, F. (2002). *Evolução Histórica das IPSS*. Acedido a 6 de Março de 2012 em: <http://portal.ua.pt/thesaurus/default1.asp?OP2=0&Serie=0&Obra=30&H1=2&H2=1>
- RNCCI. (2009). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Resumo Executivo.
- Sanchez KOL, Ferreira NMLA, Dupas G, Costa DB. (2010). *Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções*. *Revista Brasileira Enfermagem* (Vol. 63 (2), pp.290-299).
- Santana, P. & Vaz, A. (1999). *Os serviços de saúde e as mulheres*. In. Direcção-Geral da Saúde (ed.) — *A saúde da mulher em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Serra, A. Vaz. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Distribuidora Dinapress, Edição do Autor – Coimbra.
- Silva, Isabel; Meneses, Rute; Silveira, Augusta. (2007). *Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde*. Lisboa.
- Silva, T.E.; Rezende, C.H.A. (2005) . *Avaliação transversal da Qualidade de Vida dos Idosos participantes de Centros de Conveniência e Institucionalizados por meio de questionário genérico WOQOL-BREF*. Dissertação de Mestrado Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Sprangers MA, Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, Boer JB, Foets M, Hoeymans N, Jacobs AE, Kempen GI, Miedema HS, Tijhuis MA, de Haes HC. (2000). *Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?* J Clin Epidemiol (Vol. 53(9), pp.895-907).

Trilla, Jaume. (2004). *Conceito, exame e universo da animação sociocultural*, in Trilla, Jaume (Coord.) *Animação sociocultural – Teorias, programas e âmbitos*. Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget (pp. 19-44).

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Vieira EB. (2004). *Manual de Gerontologia: um guia teórico para profissionais, cuidadores e familiares*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Revinter.

Vintém, J. M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-perceção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Saúde Publica* (Vol.6, 2, pp.5-18).

Vitorino, L. M., Paskulin, L. M., e Vianna, L. A. (2012). *Qualidade de Vida de Idosos em Instituição de Longa Permanência*. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): *development and general psychometric properties*. Social science & medicine.

World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A policy Framework*, Geneva: World Health Organization. [Consult. 18 Jan. 2014]. Disponível em WWW:URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>.

Zimmerman, G. I. (2000). *A velhice: aspetos biopsicossociais*. Artes Médicas. Porto Alegre.

ANEXOS

Anexo I– Pedido de autorização ao srº Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais

Exmo. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais

Sou Fisioterapeuta de formação e, atualmente, estou a frequentar o Mestrado em “**Cuidados Continuados**” (2013/2014) promovido pela Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB.

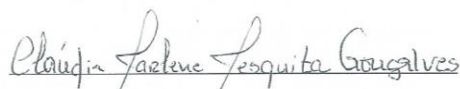
Venho por este meio comunicar a V. Excelência o meu interesse em desenvolver um estudo de investigação cujo objetivo principal é: “A qualidade de vida dos idosos institucionalizados”. Este trabalho insere-se no âmbito da dissertação final do mestrado. O instrumento de recolha de dados a aplicar será um questionário de forma a garantir o anonimato e confidencialidade das respostas.

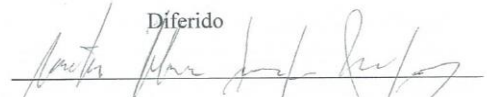
A referida dissertação é orientada pela Dr.ª Maria Gorete Baptista Profª Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos.

Pede Deferimento

Bragança, 1 de Julho de 2014.


(Cláudia Marlene Mesquita Gonçalves)

Diferido

(O Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais)

Anexo II– Pedido de autorização ao srº Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro



Exmo. Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro

Sou Fisioterapeuta de formação a exercer na Santa Casa da Misericórdia de Vinhais, atualmente, estou a frequentar o Mestrado em “Cuidados Continuados” (2013/2014) promovido pela Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB.

Venho por este meio comunicar a V. Excelência o meu interesse em desenvolver um estudo de investigação cujo objetivo principal é: “A qualidade de vida dos idosos institucionalizados”. Este trabalho insere-se no âmbito da dissertação final do mestrado. O instrumento de recolha de dados a aplicar será um questionário de forma a garantir o anonimato e confidencialidade das respostas.

A referida dissertação é orientada pela Dr.ª Maria Gorete Baptista Profª Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Bragança.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos.

Pede Deferimento

Bragança, 1 de Julho de 2014


(Cláudia Marlene Mesquita Gonçalves)

Diferido



(O Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro)



ANEXO III- Pedido de autorização para a aplicação do questionário Dr.^a

Maria Canavarro

From: Cláudia Marlene Mesquita Gonçalves (c-m-m-goncalves@hotmail.com)

Sent: Friday, June 20, 2014 7:35:33 PM

To: mccanavarro@fpce.uc.pt (mccanavarro@fpce.uc.pt)

Exma. Senhora Professora Doutora Maria Cristina Canavarro.

O meu nome é Cláudia Marlene Mesquita Gonçalves, aluna de Mestrado de Cuidados Continuados no Instituto Politécnico de Bragança, e no âmbito da minha tese de mestrado - "A qualidade de vida dos utentes institucionalizados" - pretendo utilizar a escala WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida dos utentes do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Vinhais e da Unidade de Cuidados Continuados de Miranda do Douro.

Solicito a V. Ex. a autorização da aplicação da referida escala e, se possível, a disponibilização da mesma e informação sobre as instruções para o cálculo do Índice de QdV geral.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Gonçalves

Re: Instrumento de avaliação WHOQOL-Bref

[Add to contacts](#) 6/22/2014

To: c-m-m-goncalves@hotmail.com

From: Cláudia Melo (claudiasmelosilva@gmail.com)

Sent: Sunday, June 22, 2014 8:57:27 PM

To: c-m-m-goncalves@hotmail.com

Outlook.com [Active View](#)

WHOQOL-BREF.zip

Cara Cláudia Gonçalves,

Na sequência do pedido efetuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- A versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- Manual de aplicação e cotação;
- Sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>

Com os melhores cumprimentos,

Pelo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Anexo IV – Instrumento de recolha de dados

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento / /

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1º-4º anos	<input type="text"/>
5º-6º anos	<input type="text"/>
7º-9º anos	<input type="text"/>
10º-12º anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo V – Resultados dos testes estatísticos

Verificação da condição de normalidade das variáveis fatores da escala em função da instituição.

Tests of Normality							
	Amostra	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Q1	Miranda	,407	21	,000	,683	21	,000
	Vinhais	,222	50	,000	,888	50	,000
Q2	Miranda	,299	21	,000	,765	21	,000
	Vinhais	,248	50	,000	,890	50	,000
DominioFisico	Miranda	,176	21	,088	,854	21	,005
	Vinhais	,103	50	,200*	,970	50	,231
DominioPsicologico	Miranda	,231	21	,005	,895	21	,029
	Vinhais	,112	50	,163	,966	50	,161
RelacoesSociais	Miranda	,291	21	,000	,862	21	,007
	Vinhais	,168	50	,001	,938	50	,011
MeioAmbiente	Miranda	,300	21	,000	,817	21	,001
	Vinhais	,102	50	,200*	,971	50	,258

*. This is a lower bound of the true significance. a. Lilliefors Significance Correction

Verificação da condição de normalidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente à faixa etária.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test							
		Residual for Q1	Residual for Q2	Residual for DominioFisi co	Residual for DominioPsi cologico	Residual for RelacoesS ociais	Residual for MeioAmbie nte
N		71	71	71	71	71	71
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
	Std. Deviation	,81583	,93049	,77337	,70777	,42059	,48065
	Absolute	,220	,139	,132	,148	,120	,153
Most Extreme Differences	Positive	,220	,111	,132	,148	,109	,153
	Negative	-,154	-,139	-,051	-,096	-,120	-,097
Kolmogorov-Smirnov Z		1,851	1,170	1,116	1,249	1,009	1,293
Asymp. Sig. (2-tailed)		,002	,130	,166	,088	,261	,070

a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

Verificação da condição de homogeneidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente à faixa etária.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Q1	,535	3	67	,660
Q2	,195	3	67	,900
DominioFisico	,121	3	67	,947
DominioPsicologico	,421	3	67	,738
RelacoesSociais	,486	3	67	,693
MeioAmbiente	,406	3	67	,749

Verificação da condição de normalidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente ao tempo de doença

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for Q1	Residual for Q2	Residual for DominioFisi co	Residual for DominioPsi cologico	Residual for RelacoesSo ciais	Residual for MeioAmbie nte
N		64	64	64	64	64	64
Normal	Mean	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Parameters ^{a,b}	Std. Deviation	,77714	,85667	,60190	,58565	,40050	,41169
Most Extreme	Absolute	,180	,104	,091	,071	,134	,162
Differences	Positive	,180	,078	,091	,057	,106	,162
	Negative	-,155	-,104	-,053	-,071	-,134	-,134
Kolmogorov-Smirnov Z		1,440	,835	,725	,568	1,069	1,296
Asymp. Sig. (2-tailed)		,032	,489	,669	,904	,204	,070

a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

Verificação da condição de homogeneidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente ao tempo de doença.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Q1	,782	3	66	,508
Q2	1,231	3	66	,306
DominioFisico	2,094	3	66	,109
DominioPsicologico	2,163	3	66	,101
RelacoesSociais	1,358	3	66	,263
MeioAmbiente	3,549	3	66	,019

Verificação da condição de normalidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente às habilitações literárias.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for Q1	Residual for Q2	Residual for DominioFis ico	Residual for DominioPs icologico	Residual for RelaçõesS ociais	Residual for MeioAmbi ente
N		70	70	70	70	70	70
Normal	Mean	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
Parameters ^{a,b}	Std. Deviation	,80277	,90956	,72483	,66153	,40527	,45795
Most Extreme	Absolute	,194	,181	,111	,119	,110	,110
Differences	Positive	,194	,099	,111	,119	,110	,110
	Negative	-,157	-,181	-,071	-,057	-,105	-,110
Kolmogorov-Smirnov Z		1,621	1,519	,930	,997	,917	,921
Asymp. Sig. (2-tailed)		,010	,020	,353	,274	,369	,364

a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

Verificação da condição de homogeneidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente às habilitações literárias.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Q1	,863	2	62	,427
Q2	1,948	2	62	,151
DominioFisico	3,004	2	62	,057
DominioPsicologico	2,995	2	62	,057
RelaçõesSociais	1,971	2	62	,148
MeioAmbiente	5,384	2	62	,007

Verificação da condição de normalidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente ao grupo de patologia.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for Q1	Residual for Q2	Residual for DominioFis ico	Residual for DominioPs icologico	Residual for RelaçõesS ociais	Residual for MeioAmbi ente
N		65	65	65	65	65	65
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000	,0000
	Std. Deviation	,77937	,85696	,56020	,59535	,38791	,39113
	Absolute	,182	,161	,087	,068	,105	,101
Most Extreme Differences	Positive	,182	,073	,053	,046	,105	,101
	Negative	-,122	-,161	-,087	-,068	-,083	-,054
Kolmogorov-Smirnov Z		1,466	1,295	,705	,545	,843	,813
Asymp. Sig. (2-tailed)		,027	,070	,704	,927	,477	,522

a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

Verificação da condição de homogeneidade dos resíduos dos modelos Anova relativamente ao grupo de patologia.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Q1	3,327	6	58	,007
Q2	,933	6	58	,479
DominioFisico	2,241	6	58	,052
DominioPsicologico	3,055	6	58	,011
RelaçõesSociais	1,260	6	58	,290
MeioAmbiente	1,988	6	58	,082